



DOSSIER MEDICAL D'APTITUDE

Ligue Belge Francophone d'Athlétisme

119D avenue du marathon – 1020 Bruxelles

Nom & Prénom :

Antécédents :

- Médicaux :

- Traumatiques :

- Chirurgicaux :

- Allergies :
- Groupe sanguin :
- Dernier vaccin tétanos :

Médicaments & compléments nutritionnels :

- Médicaments (nom et dose) :

- Compléments nutritionnels :

ANAMNESE :

- Cardio-pulmonaire :

- Dyspnée O oui / O non
- Douleurs thoraciques O oui / O non
- Syncopes O oui / O non
- Vertiges O oui / O non
- Toux O oui / O non
- Respiration sifflante O oui / O non

- Digestive :

- Crampes O oui / O non
- Ballonnements O oui / O non
- Diarrhée O oui / O non
- Constipation O oui / O non
- Pyrosis O oui / O non

- Gynécologique

- Règles normales O oui / O non
- Pilule hormonale O oui / O non

- Ostéo-articulaire

- Douleurs, instabilités, blocages articulaires :
Précisez :

- Douleurs rachidiennes :
Précisez :

EXAMEN CLINIQUE :

Poids : Kg. Taille : cm.

TA : mmHg ; FC : bpm.

Cœur :

Poumons :

Abdomen :

Rachis :

Scoliose O oui / O non

Inégalité longueur membres inférieurs O oui / O non

Mobilités :

Hanches :

Genoux :

Pieds/Chevilles :

Membres supérieurs :

Notes :

Conclusions & Conseils :

-
-
-
-
-
-

LEGISLATION ANTI-DOPAGE

Je reconnais m'être informé de la législation anti-dopage :

oui - non

Je sais que je dois vérifier le caractère non dopant des médicaments que je prends :

oui - non

Je demande une autorisation d'usage à des fins thérapeutiques en référence aux listes AMA / WADA

oui - non

Date :

Signature de l'athlète :

CERTIFICAT D'APTITUDE A LA PRATIQUE DE L'ATHLETISME

Je soussigné, Dr.....

Certifie que l'athlète.....

Est apte à la pratique de l'athlétisme de compétition sans restriction.

Est inapte temporairement jusqu'au.....

Est inapte à la pratique de l'athlétisme de compétition sans restriction.

Date

Signature du médecin

Cachet du médecin