

## Sports-Arts-Etudes dans la scolarité obligatoire

**Questionnaire médico-sportif**

*Ce questionnaire reste la propriété du médecin traitant.  
Il ne doit pas être transmis avec la demande d'inscription.*

**Partie 1** (à remplir par le patient et à remettre au médecin)

Nom: \_\_\_\_\_

Prénom: \_\_\_\_\_

Date de naissance: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Club: \_\_\_\_\_

**1. Famille**

Y a-t-il, dans votre famille, des maladies telles que:

 diabète infarctus cancer allergies autres \_\_\_\_\_**2. Vous-même**

Avez-vous actuellement ou avez-vous eu des problèmes de santé (maladies, opérations, etc.) ?

 Non Oui \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Avez-vous ou avez-vous eu des problèmes concernant l'appareil locomoteur (blessures, lésions de surcharge, opérations) ?

 Non Oui. Lesquels : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

À quand remonte votre dernier contrôle dentaire ?

 12 mois plus de 12 mois

Prenez-vous régulièrement des médicaments ?

Non

Oui \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 3. Sport

- Rythme des entraînements par semaine (moyenne 8 dernières semaines):

\_\_\_\_\_ unités/semaine                      \_\_\_\_\_ heures/semaine

- Courbe de la performance des 2 dernières années:

ascendante                       stationnaire                       descendante

- Prenez-vous des compléments (médicaments ou autres) ?

Non

Oui. Lesquels : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 4. Auto-évaluation

Vous sentez-vous actuellement en pleine possession de vos aptitudes physiques ? Aucun médicament ou autres n'influe-t-il sur vos performances lors des entraînements et compétitions ?

Oui

Non. Expliquez pourquoi: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 5. Questions supplémentaires pour sportives

Menstruations/règles:  sp

Prenez-vous la pilule:  oui                       non

**Partie 2** (à remplir par le médecin)

Taille: \_\_\_\_\_ Poids: \_\_\_\_\_ BMI: \_\_\_\_\_

**1. Tête**

sp constatations importantes

- Yeux  \_\_\_\_\_
- Sinus  \_\_\_\_\_
- Dentition  \_\_\_\_\_
- Gorge/Amygdales  \_\_\_\_\_
- Oreilles/Tympan  \_\_\_\_\_
- Thyroïde  \_\_\_\_\_
- Autre  \_\_\_\_\_

**2. Thorax**

- Auscultation  \_\_\_\_\_
- Battements du cœur  \_\_\_\_\_
- Autre  \_\_\_\_\_

**3. Cœur/Circulation**

TA: \_\_\_ / \_\_\_ mmHG      Puls: \_\_\_ /min

- Auscultation  \_\_\_\_\_
- Battements du cœur  \_\_\_\_\_
- Pouls périphérique  \_\_\_\_\_
- Veines  \_\_\_\_\_
- ECG  oui: \_\_\_\_\_

sp constatations importantes

**4. Peau**

\_\_\_\_\_

**5. Abdomen**

Palpation  \_\_\_\_\_

Foie  \_\_\_\_\_

Rate  \_\_\_\_\_

Reins  \_\_\_\_\_

Hernies/Organes génitaux  \_\_\_\_\_

**6. Système nerveux**

Réflexes  \_\_\_\_\_

Sensibilité  \_\_\_\_\_

Motricité  \_\_\_\_\_

**7. Ganglions**

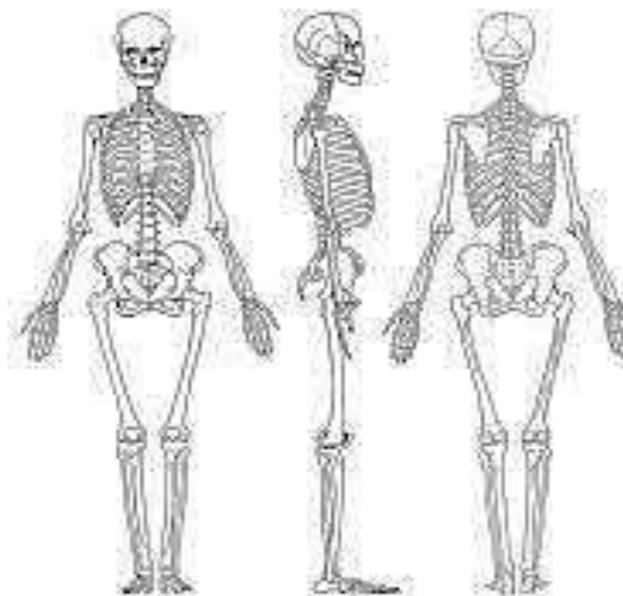
\_\_\_\_\_

## 8. Colonne vertébrale/Tronc

sp constatations importantes

- |                                    |                          |       |
|------------------------------------|--------------------------|-------|
| Dos                                | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Bassin                             | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Longueur de jambe                  | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Colonne scapulaire                 | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Coudes                             | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Mains                              | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Hanches                            | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Genoux                             | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Chevilles                          | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Pieds                              | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Etirement musculaire/<br>souplesse | <input type="checkbox"/> | _____ |

Marquer les constatations pathologiques:



## 9. Conclusions

Apte au sport sans réserve

Apte avec réserve

Inapte

Suggestions: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_