



**La liste d'examens ci-dessous, non exhaustive, est confidentielle.  
Elle est donnée à titre indicatif et ne demande pas à être renseignée, sauf si le médecin le juge nécessaire.**

- Antécédents
- médicaux
  - chirurgicaux
  - allergies et intolérances
  - familiaux
  - sportifs

**EXAMEN CLINIQUE**

- taille
- poids
- axe rachidien
- distance doigt-sol
- articulations membre supérieur
- articulations membre inférieur

**EXAMEN CARDIO VASCULAIRE de REPOS**

- fréquence cardiaque

**EXAMEN PLEURO-PULMONAIRE**

- TA (mm Hg)
- auscultation cardiaque

**EXAMEN ABDOMINAL**

- auscultation

**EXAMEN OPHTHALMOLOGIQUE**

- cicatrices – hernies

**EXAMEN ORL**

- avec et sans correction
- estimation de l'audition

Autres anomalies détectées :

**TEST d'APTITUDE à l'EFFORT (indice Ruffier Dickson) laissé à l'appréciation du Médecin Examineur**

- 30 flexions de jambes complètes en 45 secondes
- P1 = Pouls juste après l'effort
- Anomalies détectées
- Surveillance tensionnelle à chaque temps
- P2 = Pouls après 1 minute de repos en D Dorsal
- P0 = Pouls repos, Décubitus Dorsal
- Temps de retour au calme (cœur et TA)
- Anomalies détectées

**VACCINATIONS**

- Vérification des vaccinations, DT Polio, Hépatite B, Tuberculose

**EXAMENS COMPLEMENTAIRES PROPOSES (laissés au libre choix du médecin examinateur)**

- Electrocardiogramme de base ou d'effort
- Bilan Sanguin, urinaire (protéinurie, glycosurie)
- Radiographies de rachis total en charge F, Profil
- Epreuves fonctionnelles respiratoires



**CERTIFICAT MEDICAL + 40 ans**  
**OU**  
**POUR ACTIVITES A RISQUES**  
(MOTO, AUTO, QUAD, PLONGEE, SPELEO, SPORTS AERIENS, ALPINISME)

Je, soussigné, Docteur

\_\_\_\_\_

**certifie avoir examiné ce jour**

Nom et Prénom

Adresse

Date de Naissance :

Sexe :  masculin  féminin

Précisez le (ou les sports) pratiqué(s)

Ancienneté dans la pratique

Pratique habituelle :

Reprise d'activités :

(à cocher)

*L'UFOLEP est une fédération MULTISPORTS et la licence ouvre droit à toutes les activités ; d'où la nécessité de préciser les contre-indications à certaines pratiques.*

Après cet examen, je n'ai constaté AUCUNE CONTRE-INDICATION, à ce jour, à la pratique sportive y compris en compétition (cocher la ou les discipline(s) pratiquée(s))

- |  |   |   |  |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Activités cyclistes           | <input type="checkbox"/> Danse                              | <input type="checkbox"/> Judo                 | <input type="checkbox"/> Ski alpin                     |
| <input type="checkbox"/> APE (Gym. entretien)          | <input type="checkbox"/> Ecole du sport labélisée           | <input type="checkbox"/> Jogging              | <input type="checkbox"/> Ski de fond – de randonnée    |
| <input type="checkbox"/> Arts martiaux                 | <input type="checkbox"/> Epreuves combinées, canyoning-raid | <input type="checkbox"/> Modélisme            | <input type="checkbox"/> Surf & autres activités neige |
| <input type="checkbox"/> Athlétisme                    | <input type="checkbox"/> Equitation                         | <input type="checkbox"/> Natation             | <input type="checkbox"/> Tennis                        |
| <input type="checkbox"/> Basket                        | <input type="checkbox"/> Football                           | <input type="checkbox"/> Patinage sur glace   | <input type="checkbox"/> Tennis de table               |
| <input type="checkbox"/> Badminton                     | <input type="checkbox"/> Futsal                             | <input type="checkbox"/> Randonnées pédestres | <input type="checkbox"/> Tir                           |
| <input type="checkbox"/> Biathlon, duathlon, triathlon | <input type="checkbox"/> Gymnastique artistique             | <input type="checkbox"/> Raquettes neige      | <input type="checkbox"/> Tir à l'arc                   |
| <input type="checkbox"/> Canoë-kayak                   | <input type="checkbox"/> Gymnastique Rythmique Sportive     | <input type="checkbox"/> Roller et skate      | <input type="checkbox"/> Trampoline                    |
| <input type="checkbox"/> Course d'orientation          | <input type="checkbox"/> Golf                               | <input type="checkbox"/> Rugby                | <input type="checkbox"/> Twirling baton                |
| <input type="checkbox"/> Course hors stade             | <input type="checkbox"/> Hand-ball                          | <input type="checkbox"/> Sarbacane            | <input type="checkbox"/> Volley-ball                   |
| <input type="checkbox"/> Auto                          | <input type="checkbox"/> Moto                               |   | <input type="checkbox"/> Water-polo                    |

Autres (précisez) : \_\_\_\_\_

Restrictions particulières : \_\_\_\_\_

DATE

SIGNATURE

CACHET PROFESSIONNEL

L'attention du médecin examinateur doit être adaptée à l'âge du patient, au type de sport pratiqué, ainsi qu'à la forme de pratique (sportive ou loisirs)