



EXAMENS MEDICAUX

Fédération de Kick Boxing

CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE INDICATION A LA PRATIQUE DU KICK BOXING A L'ENTRAIMENT, LOISIRS ET COMPETITION

Je soussigné, Docteurcertifie avoir examiné le(date de l'examen), Mr/Mme/Melle.....né(e) le.....
Et n'avoir constaté de signe apparent contre indiquant la pratique de la discipline Kick-Boxing en loisirs ou en compétition.

Fait à.....

le

Signature et cachet

VALIDITE 2 ANS

Examen clinique

Nom.....
Prénom.....
Taille.....
Poids.....
1. Cardio respiratoire :
Au repos
-Fréquence cardiaque.....
-Tension artérielle.....
Examen clinique.....
2. Neurologique :.....
3. Stomatologie :.....
4. ORL :
-Acuité auditive.....
Perméabilité nasale.....
5. Aires ganglionnaires :.....
6. Abdominal :.....
7. Génito-urinaire.....
8. Dermatologie :.....
9. Appareil locomoteur :.....
-Rachis.....
-Membres supérieurs.....
-Membres inférieurs.....
10. Examens cardio-vasculaire :
11. Observations.....
12. Décision médical :
- CONTRE INDICATION
- NON CONTRE INDICATION
Date

Signature et cachet du praticien

Examen ophtalmologique

VALIDITE 1 AN

(Uniquement pour les compétiteurs en combat)

Contre-indications absolues :

Chirurgie intraoculaire et réfractive :
kératotomie radiaire, anneaux intra-cornéen,
lasik
Amblyopie (inférieure à 3/10^e avec correction)
Myopie supérieure à 3.5 dioptries
correspondant à moins de 1/10^e

OEIL	Sans correction	Formule correctrice	Avec correction
Droit			
Gauche			

Port de lentilles souples autorisé.

1. Acuité visuelle en toutes lettres et sans surcharge en dixièmes et éventuellement avec correction :
.....
2. Champ visuel au doigt :
3. Mobilité oculaire :
4. Milieux transparents :
5. Fond d'œil après dilatation pupillaire (verre à trois miroirs) :
6. Anomalie d'ordre pathologique :
7. Décision du spécialiste :
- CONTRE INDICATION
- NON CONTRE INDICATION
Date

Signature et cachet du praticien



EXAMENS MEDICAUX

Fédération de Kick Boxing

Questionnaire non exhaustif :

Avez-vous ou avez-vous eu les maladies ci-dessous ? Cochez d'une croix la case correspondante à votre réponse.

	OUI	NON
1. Asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Tuberculose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Maladies du cœur, palpitations, douleurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Maladie des reins et des voies urinaires, appareil génital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Maladie du sang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Méningite-Encéphalite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Epilepsies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Perte de connaissance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Maux de tête	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Tremblements, troubles de l'équilibre ou vertiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Traumatisme crânien :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a. Si perte de connaissance, précisez :		
13. Antécédents psychiatriques, troubles du comportement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Rhumatisme articulaire aigu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Maladies vénériennes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Maladie de la peau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Réactions allergiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Fractures du crâne ou de vertèbres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Autres fractures :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a. Si oui, précisez :		
20. Autres maladies ou accidents :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a. Si oui, précisez :		
21. Avez-vous été opéré ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a. Si oui, de quoi ?		
22. Prenez-vous des médicaments régulièrement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Vaccinations :		
a. BCG :		
b. DTP :		
c. Hépatites :		

Date :

Signature de l'intéressé :