

CERTIFICAT MEDICAL OFFICIEL
pour la pratique en compétition des sportifs âgés de 40 ans et plus

Ce certificat doit être rempli **exclusivement de la main du médecin** qui examine le futur licencié **sans surcharge ni rature**

Je soussigné, Docteur **certifie avoir examiné ce jour,**

Nom : Prénom :

Date de naissance : Sexe : Masculin Féminin

Adresse :

ATCD : - Médicaux
 - Chirurgicaux
 - Traumatologie sportive

Signes fonctionnels : - Poids (kg) - Taille (cm) - TA (mm Hg)
 - Vaccins - Hygiène de vie

Examen clinique général : - Articulaire
 - Cardio-vasculaire

ECG de repos :

- Fc de repos en Décubitus Dorsal /mm
 - Onde P - Rythme sinusal :
 - PR - IC = $\frac{SV1 + SV2}{2RV6}$
 - QRS - Axe QRS - Sokolow RV5 + SV1 =

Indice de Ruffler Dickson
 (avec ECG) :

30 flexions de jambes complètes en 45 secondes
 - IRD = $\frac{(PI - 70) + 2(P2 - PO)}{10}$

PO : pouls au repos en Décubitus Dorsal
 P1 : pouls après l'effort
 P2 : pouls après 1 minute de récupération en DD

de 3 à 6 = Bon
de 6 à 9 = Moyen
plus de 9 = Faible

Bilan sanguin : NFS, Créatinine, Triglycérides, Glycémie à jeun

Examen urinaire : Protéinurie, Glycosurie (facultatif)

Examen complémentaire (non obligatoire systématiquement) : ECG d'effort maximal

et n'avoir constaté AUCUNE CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE SPORTIVE DE COMPETITION en :

--	--	--

Date et cachet :
 Signature,