

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 - Rythme sinusal :
- Onde P - SV1V2 - IC = $\frac{SV1 + SV2}{2RV6}$
- PR - RV5V6 - Sokolow RV5 + SV1 =
- QRS - Axe QRS

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,