

# ANNEXE 2 : DOSSIER MEDICAL

## Fiche de contrôle médical en vue d'une pratique sportive intense

Cette fiche médicale complétée par le médecin traitant devra être mise sous enveloppe avec la mention « fiche médicale » et portant le nom de l'élève au verso, une fois que votre enfant sera admis au concours d'entrée.

**A l'admission de votre enfant, et avant la rentrée scolaire, un examen cardiologique de moins de 3 ans devra être fourni (examen à la charge de la famille).**

## PRATIQUE DU FOOTBALL SECTION SPORTIVE JEAN ROSTAND

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

Fille

Garçon

Prénom : \_\_\_\_\_

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

Adresse : \_\_\_\_\_

CP/Ville: \_\_\_\_\_

### OBSERVATIONS

<u>Morphologie</u> Appareil locomoteur Trouble de la statique Rachis Membres supérieurs Membres inférieurs	
<u>Appareil cardio-vasculaire</u> Pouls tension artérielle Auscultation – ECG Test d'effort (flexion de Ruffier-Dickson ou sur egomètre)	
<u>Appareil respiratoire</u> Spirométrie Auscultation Perméabilité nasale	

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

Signature du médecin :

Tampon :

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

## VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie		Hépatite B	
Tétanos		Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite		Coqueluche	
<input type="checkbox"/> Ou DT polio		BCG	
<input type="checkbox"/> Ou Tétracoq		Autres (préciser)	

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

## RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? oui  non  (Si oui, joindre une **ordonnance** récente)  
Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes?

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINE	OREILLONS	SCARLATINE	COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	RUMATHISME ARTICULAIRE AIGU
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>

Allergies : **ASTHME** oui  non  **ALIMENTAIRES** oui  non  **MEDICAMENTEUSES** oui  non   
**AUTRES** \_\_\_\_\_

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler) :

---

---

En cas de régime alimentaire, précisez :  SANS VIANDE  SANS PORC

Indiquez ci-après:

Les **difficultés de santé** (maladie, accident, comportement particulier, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

---

---

## Recommandations utiles des parents:

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc. Précisez.

---

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'établissement à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

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

Signature :