

DOSSIER MEDICAL D'ADMISSION

FICHE D'EXAMEN CLINIQUE

(A remplir par un médecin titulaire d'une capacité en « médecin du sport »)

Fédération Française d'Aviron

Nom : _____
Prénom : _____
Date de Naissance : / ___ / ___ / ___ /
Adresse : _____ _____
Email : _____
Club : _____
Pôle France/Espoirs demandé : _____

Morphologie :

Taille : _____ cm Poids: _____ kg I.M.C. : _____ Masse grasse : _____ % Envergure : _____ cm

Examen général :

• Dates des vaccins obligatoires : DTP : ___ / ___ / ___ BCG : ___ / ___ / ___ Test BCG ⊕: ___ / ___ /

- Aires ganglionnaires _____
- Appareil pulmonaire _____
- Appareil digestif _____

Appareil cardio-vasculaire :

- Auscultation : _____
- ECG de repos (**joindre le tracé**) _____
- Si des examens complémentaires (Echocardiographie, holter...) ont été réalisés, joindre les compte-rendus.

Appareil locomoteur :

- Examen segmentaire :
 - Bilan articulaire (douleurs, palpation, mobilisation...) : _____
 - Statique des membres inférieurs : _____
 - Statique rachidienne : _____
 - Examen podologique : _____ Orthèse plantaire : oui non conseillé
 - Particularités observées : _____
- Examen dynamique (Tests de souplesse) :
 - Distance talons-fesses : _____ cm Distance doigts-sol : _____ cm

Observations :

Date : . . . / . . . /

Signature et tampon du Médecin