



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 3 ANS (Loisirs, entrainement, compétition light)
VALIDITE 1 AN (Pour les compétitions au KO)

<u>Examen clinique</u>	<u>Examen ophtalmologique</u>												
<p>Nom.....</p> <p>Prénom.....</p> <p>Taille.....</p> <p>Poids.....</p> <p style="padding-left: 20px;">1. <u>Cardio respiratoire</u> :</p> <p>Au repos</p> <p>-Fréquence cardiaque.....</p> <p>-Tension artérielle.....</p> <p>Examen clinique.....</p> <p>2. <u>Neurologique</u> :.....</p> <p>3. <u>Stomatologie</u> :.....</p> <p>4. <u>ORL</u> :</p> <p>-Acuité auditive.....</p> <p>Perméabilité nasale.....</p> <p>5. <u>Aires ganglionnaires</u> :.....</p> <p>6. <u>Abdominal</u> :.....</p> <p>7. <u>Génito-urinaire</u>.....</p> <p>8. <u>Dermatologie</u> :.....</p> <p>9. <u>Appareil locomoteur</u> :.....</p> <p>-Rachis.....</p> <p>-Membres supérieurs.....</p> <p>-Membres inférieurs.....</p> <p>10. <u>Examens cardio-vasculaire</u> :</p> <p>11. <u>Observations</u>.....</p> <p>12. <u>Décision médical</u> :</p> <p>- CONTRE INDICATION</p> <p>- NON CONTRE INDICATION</p> <p>Date</p> <p>Signature et cachet du praticien</p>	<p style="color: red; text-align: center;">VALIDITE 1 AN</p> <p style="color: red; text-align: center;">(Uniquement pour les compétiteurs en combat)</p> <p><u>Contre-indications absolues</u> :</p> <p>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</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin: 10px 0;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;">OEIL</th> <th style="width: 25%;">Sans correction</th> <th style="width: 25%;">Formule correctrice</th> <th style="width: 25%;">Avec correction</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">Droit</td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Gauche</td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> </tr> </tbody> </table> <p>Port de lentilles souples autorisé.</p> <p>1. Acuité visuelle en toutes lettres et sans surcharge en dixièmes et éventuellement avec correction : </p> <p>2. Champ visuel au doigt :</p> <p>3. Mobilité oculaire :</p> <p>4. Milieux transparents :</p> <p>5. Fond d'œil après dilatation pupillaire (verre à trois miroirs) :</p> <p>6. Anomalie d'ordre pathologique :</p> <p>7. Décision du spécialiste :</p> <p>- CONTRE INDICATION</p> <p>- NON CONTRE INDICATION</p> <p>Date</p> <p>Signature et cachet du praticien</p>	OEIL	Sans correction	Formule correctrice	Avec correction	Droit				Gauche			
OEIL	Sans correction	Formule correctrice	Avec correction										
Droit													
Gauche													



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 :