

## Fiche de consultation de non contre-indications à la pratique : loisirs, éducatif, assaut

**Ce certificat peut être établi par tout médecin titulaire du diplôme  
français de docteur en médecin**

### Recommandations à l'attention des médecins

Cher confrère,

Vous êtes amené à examiner un sportif qui désire pratiquer un sport de contact dans la catégorie loisirs ou éducatif.

Cette activité sportive et ludique ne présente pas de caractéristiques particulières.

Il relève de votre seule décision de déterminer les examens complémentaires qu'il vous paraîtra utile de demander pour établir ou non ce certificat.

### Toutes les contre-indications médicales aux sports s'appliquent.

On peut retenir en particulier les contre-indications médicales suivantes :

- hernie pariétale, éventrations.
- hépato ou splénomégalie
- antécédents de coma ou de lésions cérébrales
- trouble de l'équilibre
- épilepsie

Concernant les femmes : contre-indication temporaire pour les femmes enceintes ou qui allaitent.

L'ensemble des contre-indications peut être retrouvé sur le site Internet fédéral :  
**[www.sportsdecontact.fr](http://www.sportsdecontact.fr)**

DISCIPLINES	Cochez la case correspondante
MUAYTHAI	
KICK-BOXING	
KI RULES	
KUNG FU CONTACT SANDA	
PANCRACE	
MUSICAL FORM	
AEROKICK	
CONTACT DEFENSE	
BANDO	

## ANTECEDENTS MEDICAUX

À remplir par le postulant avec l'aide éventuelle du médecin consulté

### ANTECEDENTS MEDICAUX

	*		**
Cardiaques	Oui	Non	Oui
Neurologiques	Oui	Non	Oui
Psychiatriques	Oui	Non	Oui
Diabète	Oui	Non	Oui
Cholestérol	Oui	Non	Oui
Triglycérides	Oui	Non	Oui
Allergique	Oui	Non	Oui

### ANTECEDENTS PERSONNELS

Asthme	Oui	Non	Oui
Tuberculose	Oui	Non	Oui
Maladies du cœur palpitations douleurs	Oui	Non	Oui
Maladies des reins et des voies urinaires	Oui	Non	Oui
Appareil génital	Oui	Non	Oui
Diabète	Oui	Non	Oui
Maladie du sang	Oui	Non	Oui
Transfusion	Oui	Non	Oui
Méningite encéphalite	Oui	Non	Oui
Epilepsie	Oui	Non	Oui
Perte de connaissance	Oui	Non	Oui
maux de tête	Oui	Non	Oui
tremblements troubles de l'équilibre, vertiges	Oui	Non	Oui
traumatisme crânien avec ou sans perte de connaissance précisez	Oui	Non	Oui

### ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES

troubles du comportement	Oui	Non	Oui
--------------------------	-----	-----	-----

### AUTRES

rhumatisme articulaire aigu	Oui	Non	Oui
maladies vénériennes	Oui	Non	Oui
maladie de la peau	Oui	Non	Oui
réactions allergiques	Oui	Non	Oui
fracture du crâne des vertèbres	Oui	Non	Oui
autres fractures précisez.....	Oui	Non	Oui
autre maladie ou accident précisez.....	Oui	Non	Oui
intervention chirurgicale précisez.....	Oui	Non	Oui
traitement médicamenteux régulier précisez.....	Oui	Non	Oui

Vaccinations : (date) : BCG :..... Tétanos/polio :.....

\*antécédents au moment de la prise de la première licence \*\*antécédents déclarés lors de la prise d'autres licences

**EXAMEN MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION A LA  
PRATIQUE DES SPORTS DE CONTACT  
ET DISCIPLINES ASSOCIEES  
Entraînement loisirs assauts**

L'âge minimum de pratique des sports de contact est de quatre ans

**EXAMEN CLINIQUE**

Taille : ..... Poids : ..... IMC : ..... Percentile : ..... (Pour les moins de 18 ans)

- examen morpho-statique : Rachis : ..... MI : ..... MS : .....

Empreintes podologiques : .....

- appareil cardio-vasculaire : FC de repos : ..... TA de repos : .....

**Auscultation**

cardiaque : .....

- examen pulmonaire : .....

- examen ostéo-articulaire : .....

- examen neurologique : .....

- examen stomatologique (denture) :

Caries, obturations, dents manquantes, malpositions  
dentaires, .....

- examen O.R.L. (acuité auditive tympan perméabilité nasale) : .....

- aires ganglionnaires : .....

- examen abdominal (sangle abdominale orifices herniaires cicatrices hépato ou splénomégalie) : .....

- examen génito-urinaire : .....

- examen dermatologique : .....

- examen ophtalmologique : acuité visuelle : ..... Mobilité oculaire : .....

Champ visuel aux doigts : ..... RPM : ..... ROM : ...

Anomalies des annexes : .....

**CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION A LA  
PRATIQUE DES SPORTS DE CONTACT A L'ENTRAINEMENT EN  
PRATIQUE EDUCATIVE EN LOISIRS ET EN COMPETITION  
ASSAUT**

Je soussigné, Docteur .....

Certifie avoir examiné le : .....

*(En lettres capitales)*

*(Date de l'examen)*

Certifie avoir examiné M. ....

Né (e) le : .....

Mr/Melle .....

*(Mentionner le nom et prénom)*

Et n'avoir pas constaté, à la date de ce jour, de signes apparents contre indiquant la pratique de l'entraînement, de loisirs et d'assaut en compétition des sports de contact

Fait à : ..... le : .....

Signature et cachet du médecin