

## Fiche de consultation de non contre-indications à la pratique : Compétition amateur Elite et National

**Ce certificat peut être établi par tout médecin titulaire du diplôme français de docteur en médecine spécialiste de médecine du sport ou agréé par la FFSCDA.**

**Un ECG de repos et un bilan biologique sont obligatoires. Un examen ophtalmologique fait par un spécialiste est obligatoire**

### 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 compétition amateur sans casque et avec transfert d'énergie c'est-à-dire à un niveau élite ou national

Cette activité sportive nécessite un excellent état cardiaque et neurologique. La réalisation d'un bilan biologique et d'un tracé ECG de repos interprété sont obligatoires. A partir de 35 ans un ECG d'effort tous les 2 ans est obligatoire

Une consultation spécialisée en ophtalmologie est obligatoire. Il relève de votre seule décision de déterminer les examens complémentaires supplémentaires 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
- un trouble de la coagulation
- ou la prise d'un traitement altérant la coagulation
- sérologie VIH, Ag HBS, Anticorps HCV

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	
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  
Amateurs sans casque avec transfert d'Energie niveau Elite ou National**

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

**EXAMEN CLINIQUE**

Taille : ..... Poids : ..... IMC : .....

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

Empreintes podologiques : .....

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

TA et FC (après 30 flexions en 45 sec) : ..... TA et FC (après 1 min de récupération) : .....

- auscultation cardiaque : .....

- Tracé ECG de repos : .....

- ECG d'effort tous les deux ans à partir de 35 ans : .....

- examen pulmonaire : .....

- examen ostéo-articulaire : .....

- examen neurologique :marche aveugle sur place (fukuda).....

Romberg sensibilisé ..... Barré : ..... Mingazini.....

Talons genoux..... Doigt nez..... ROT..... RCP.....

- 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 : .....

Bilan biologique : sérologie recommandée chaque année NFS, TP TCA, glycosurie, protéinurie recommandée chaque année NFS, TP TCA, lors de la première prise de licence puis tous les 5 ans

**EXAMEN OPHTALMOLOGIQUE SPECIALISE**

Contre indications absolues :

-Chirurgie intra oculaire

-amblyopie

-Myopie supérieure à deux dioptries

1-Acuité visuelle (notée en toutes lettres et sans surcharges en dixième avec éventuelle formule de correction

	Sans correction	Formule de correction	Avec correction
OD			
OG			

2-champs visuel.....

3-tonus oculaire.....

4-motilité oculaire.....

5-vision binoculaire.....

6-milieux transparents.....

7-fond d'oeil (examen aux 3 miroirs.....

8-anomalie d'ordre pathologique.....

9-décisions du spécialiste en ophtalmologie :

Je soussigné Dr : ..... spécialiste en ophtalmologie

Certifie avoir examiné ce jour le : ..... M. : .....et n'avoir pas constaté de signes ophtalmologiques apparents contre indiquant la pratique des sports de contact sans casque et avec transfert d'énergie.

Cachet lieu ..... date.....

Signature

**CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION A LA  
PRATIQUE DES SPORTS DE CONTACT EN COMPETITION SANS  
CASQUE ET TRANSFERT D'ENERGIE A L'IMPACT**

Je soussigné, Docteur .....

Certifie avoir examiné le : .....

*(En lettres capitales)*

*(Date de l'examen)*

Certifie avoir examiné M.....Né (e) le : .....

*(Mentionner le nom et prénom)*

Et n'avoir pas constaté, à la date de ce jour, de signes apparents contre indiquant la pratique en catégories amateurs au niveau Elite ou National des sports de contact sans casque et avec transfert d'énergie à l'impact

Fait à : ..... le : .....

Signature et cachet du médecin