

EXAMEN MEDICAL DE NON CONTRE INDICATION

PRATIQUE DE COMPETITION AVEC KO AUTORISE

M./ Mme : NOM Prénom

Né (e) le :

Taille : Poids :

Discipline(s) concernée(s) :

1 Cardio-respiratoire	
Au repos	
Fréquence cardiaque	
Tension artérielle	
Examen clinique	

2 Neurologique	
-----------------------	--

3 Stomatologique - Denture	
-----------------------------------	--

4 ORL	
Acuité auditive	
Perméabilité nasale	

5 Aires ganglionnaires	
-------------------------------	--

6 Abdominal	
--------------------	--

7 Génito-urinaire	
--------------------------	--

8 Dermatologique	
-------------------------	--

9 Appareil locomoteur	
Rachis	
Membres supérieurs	
Membres inférieurs	

10 Examen cardio-vasculaire ECG (avec interprétation) exigé	
--	--

11 Observations	
------------------------	--

12 Décision médicale (rayer la mention inutile)	
Contre-indication	Non contre-indication

Fait à :

Le :

Signature et cachet du praticien
(Indiquant lisiblement son nom et adresse)