|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom PrénomDomicileDate de naissance  | Discipline pratiquée **HANDBALL**Nombres d'heures

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Surclassement | oui  | non |
| Double surclassement | oui | non |

 |
| Antécédents médicauxAntécédents chirurgicauxTraitement en cours | Autre discipline pratiquée :  |
| Interrogatoire comportant notamment une évaluation psychosocialeExamen cardio-vasculaire de repos (assis, couché et debout)Examen pulmonaire ECG de repos (obligatoire la première année d'inscription)Évaluation de la croissance et de la maturation :- Examen morpho-statique et anthropométrique- Maturation pubertaire (critères de Tanner)Plis cutanésExamen de l'appareil locomoteurExamen podologiqueExamen dentaireExamen neurologique (latéralité, tonus, ...)Dépistage des troubles visuels Dépistage des troubles auditifsAutres (abdomen, etc.)Bilan des vaccinationsConseils diététiques (si besoin)Bandelette urinaire (glucose, protéines, ...) |

**Certificat médical de non-contre-indication**

Je, soussigné, docteur..................................................
certifie avoir examiné ce jour : NOM ……………………. Prénom………………………………..
et qu'il (qu'elle) ne présente cliniquement aucune contre-indication à la pratique, dans le cadre de la section sportive scolaire
Date
Signature du médecin