

Fédération Française de Gymnastique **Parcours de l'Excellence Sportive**

DEMANDE D'IDENTIFICATION DANS LE P.E.S	
DEMANDE D'ADMISSION EN POLE	

DOSSIER MEDICAL (CONFIDENTIEL) * ENTREE EN FILIERE (DOSSIER GYM EVAL)

Nb : Les examens médicaux nécessaires à l'instruction du dossier de demande d'admission en structure de Haut Niveau peuvent être réalisés sur un plateau technique ou chez un médecin du sport. D'autres examens se dérouleront dans le cadre du Suivi Médical Réglementaire auquel le gymnaste admis dans une structure de Haut Niveau ou classé sur les Listes de Sportifs de Haut Niveau et Espoirs du Ministère des Sports devra se soumettre avant le 1^{er} octobre de l'année en cours »

Nom : _____ Prénom : _____ Né(e) le _____
 @mail (gymnaste) : _____ Tel : _____ Discipline : _____
 Structure de haut niveau : _____ Scolarité/travail : _____
Entraînements : Nb d'heure/semaine : _____ Nb de séances/semaine : _____ Entraîneur : _____
 Début de la pratique de la gymnastique : _____

Compléter par le gymnaste ou ses parents (en laissant les items incompris à remplir avec le médecin) rayer en cas de réponse négative

ATCD Familiaux :
 Pas de mort subite Pas de pathologie cardiovasculaire < 50ans

ATCD personnels :
Médicaux : Malaise Palpitations Explorations : _____ Asthme Allergies

Chirurgicaux :

Traumatologiques :

Traumatisme crânien (date, lésions, PC...) : _____ Trauma du rachis cervical
 Ostéochondrose Tendinopathie Fracture de fatigue Périostite Lésion tendineuse
 Lésion musculaire Lésion ligamentaire Lésion osseuse
 Localisation(s) et date : _____

Séquelles fonctionnelles : oui non
Pathologie rachidienne si oui laquelle..... Dernière Rx IRM (si oui, date:.....)

Saison précédente :
 Durée d'arrêt sportif total : _____ Durée d'aménagement (cumulé) : _____ Motif(s) : _____

Traitement actuel : _____ AUT : Vaccins à jour : DTP Hépatite B

Supplémentation : Vit D (si oui posologie :.....) Fer autre : _____

Mode de vie : Hydratation.....L/j _____ Nb de repas :...../jour _____ Compléments alimentaires
 Vitamine (type, dose) : _____
 Comportement alimentaire perturbé Suivi diététique souhaité effectué

Sommeil : de.....h à.....h _____ Pas de troubles du sommeil Préparation mentale suivie

Je soussigné (parent ou tuteur pour les mineurs) certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.

Nom : _____ Prénom : _____ signature _____

Nom : Prénom :

Examen clinique : date

Doléances actuelles : Pas de malaise Pas de douleur thoracique
Aucune

Saison actuelle : Aménagement des entraînements si oui durée (cumulée) : Motif :

Poids	kg	Plis cutanés	Bicipital	mm	% Masse grasse	Méthode 4plis	%
Taille	cm		Tricipital	mm		déxa	%
IMC			Sous scapulaire	mm	Bandelette urinaire	Gluc :...	Hemat :..
Stade TANNER	S..... P.....		Supra iliaque	mm		Prot : ...	Nitrites : ...
Acuité Visuelle	Œil Dt /10		Quadriceps	mm			
Correction <input type="checkbox"/>	Œil G /10	Jumeaux	mm	VEMS			

Examen cardiologique : Souffle FC :TADt :mmHg TAG :mmHg
Signes de Marfan Axes artériels :

ECG date.....: Anomalies mineures <input type="checkbox"/> préciser :
Normal <input type="checkbox"/> Anomalies majeures <input type="checkbox"/> préciser :

Examen de l'appareil locomoteur :

Variantes Morphologiques :

Coudes	Valgus >10° <input type="checkbox"/> Recurvatum <input type="checkbox"/> symétrique <input type="checkbox"/>	Genoux	Recurvatum <input type="checkbox"/> varum <input type="checkbox"/> valgum <input type="checkbox"/>
		Podologie Port de semelles <input type="checkbox"/>
Rachis	Hyperlordose Lombaire <input type="checkbox"/> Hypercyphose dorsale <input type="checkbox"/> Attitude scoliotique <input type="checkbox"/> Scoliose <input type="checkbox"/>° angle de Cobb	Autre	

Souplesse :

Harmonieuse et symétrique

Asymétrique : Ceinture scapulaire ceinture pelvienne

Déficitaire : Ceinture scapulaire ceinture pelvienne rachis précisez :

Test d'hyperextension du rachis dorso lombaire en décubitus ventral (à 90°): indolore douloureux

Palpation / Testing / Diagnostics/Résultats d'examens complémentaires :

Pas de signe d'ostéochondrose Pas de signes de tendinopathie Pas de lyse isthmique

Gynécologie :

Fuites urinaires à l'effort Ménarche O/N

Matériel Orthodontie: si oui, prévu jusque:

Reste de l'examen (Pneumo, abdominal, ORL, neuro, cutané...):

Examens	Echographie cardiaque	ECG (peut être fait avec l'examen clinique)	Dentaire	Epreuve d'effort (pour l'aérobic)
Date				
Anomalie(s)				

Conclusions : Date :

Signature et cachet :

Tel et E-mail du médecin :

Apte à l'entrée en filière de haut niveau

Sans réserve Avec réserve

Contre indication à l'entrée en filière temporaire Définitive