

Nom : _____ **Prénom :** _____ **Né(e) le** _____

Discipline gymnique :

Saison précédente : Nb d'heures par semaine : _____ Nb de séances/ semaine : _____

A compléter par le gymnaste ou ses parents (en laissant les items incompris à remplir avec le médecin)

ATCD Familiaux : (Rayer les éléments si réponse négative, cocher les cases si réponse positive)

Pas de mort subite ☐

Pas de pathologie cardiovasculaire < 50ans ☐

Autres :

ATCD personnels : (Rayer les éléments si réponse négative, cocher les cases si réponse positive)

Médicaux :

Anaphylaxie ☐

Asthme ☐

COVID 19 confirmé ☐

Chirurgicaux :

Traumatologiques :

Séquelles fonctionnelles ☐

Pathologie rachidienne ☐

Précisez :

Imagerie du rachis : Rx ☐ IRM ☐ (si oui, date.....)

Gynécologie : 1ères règles > 16ans ☐ ; cycles irréguliers ☐ ; période d'aménorrhée > 3mois ☐ ; Douleurs menstruelles ☐ ;

Prise de poids fatigant avant les menstruations ☐ ;

Fuites urinaires à l'effort (même rares ou minimales) ☐

Traitement actuel : (En cas de traitement, vérifier si besoin d'une Autorisation d'Usage à des fins Thérapeutiques

(AUT) Site : www.aafd.fr

Rubrique : "Sportifs" - Demande d'AUT

. Pas d'AUT demandée ☐

. AUT demandée ☐

AUT accepté : ☐ Date de fin de validité : _____

Prise de : Vitamine D ☐ (si oui posologie :)

Fer ☐

autre

Vaccins Obligatoires à jour : ☐

Prise de compléments alimentaires : Oui ☐ Non ☐

Si oui, lesquels :

Mode de vie :

Sommeil : deh àh

Pas de troubles du sommeil ☐☐☐

Cocher si « Aucune » ou préciser la fréquence si consommation occasionnelle ou régulière :

	Consommation	Aucune	Occasionnel	Régulier
Tabagisme				
Cannabis				
Alcool				

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

Nom :

Prénom :

signature

Nom : Prénom :

Doléances actuelles :

Aucune ☐

Signes de COVID ou syndrome post COVID ☐

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

Poids : kg Taille : cm Masse Grasse : %

TA (Droite)	mmHg	FC	bpm
TA (Gauche)	mmHg	Saturation (repos)	%

Examen cardiologique :

Pas de Souffle ☐

Pas de Signes de Marfan ☐

ECG date : Normal ☐ Anomalies mineures ☐ Anomalies majeures ☐ si oui, préciser :

Examen de l'appareil locomoteur :

Rachis Hyperlordose Lombaire ☐ Hypercyphose dorsale ☐

Distance main sol : cm :

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

Palpation / Testing / Diagnostics / Ex complémentaires demandés

Pas de signe d'ostéochondrose ☐

Pas de signes de tendinopathie ☐

Pas de lyse isthmique connue ou suspectée ☐

Gynécologie : Aménorrhée primaire ☐

Date de la ménarche :

Fuites urinaires à l'effort (même rares ou minimes) ☐ troubles menstruels ☐ Contraception Orale ☐ Consultation spécialisée souhaitée ☐

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

Examens de la SMR	Questionnaire Surentrenement	Evaluation diététique	Vit D (facultatif)	Bilan psychologique	Sérologie COVID
Date					
Anomalie(s)/résultat					

Conclusions :

Apte à la poursuite du haut niveau ☐

Contre-indication Temporaire ☐

Avis réservé sur la poursuite du haut niveau, avis du médecin fédéral demandé ☐

Examens complémentaires demandés ☐

Date :

Signature et cachet :
Tél et mél du médecin :

CERTIFICAT MEDICAL ELITE (CME)

(Rédigé par le médecin du Sport après avoir complété le dossier médical dit « Elite » = Dossier médical + ECG)

Je soussigné Dr

Certifie avoir examiné et complété le dossier médical « Elite » de

M., Mlle, Mme Nom Prénom

Date de naissance :

L'examen n'a pas révélé de contre-indication à la pratique de la gymnastique « Elite » dans la discipline gymnique suivante :

(Aérobic, Gac, Gaf, Gam, Gr, Pk, Tra ou Tum) :

Certificat valable **1 an**, sur la saison sportive **2023-2024**

Signature du médecin ayant effectué l'examen médical, et établi le dossier médical « ELITE »

Date :

Cachet professionnel et Signature :

AFLD - Recommandations aux sportifs

<https://sportifs.afld.fr/se-tenir-informe-et-informer/>

En matière d'antidopage, le principe fondamental de responsabilité objective s'impose à chaque sportif, quel que soit son niveau. Cela signifie que le sportif est responsable de toutes substances retrouvées dans son organisme à la suite d'un contrôle antidopage et une violation des règles antidopage survient lorsqu'une substance interdite est retrouvée dans un prélèvement, indépendamment de la manière dont la substance s'y est retrouvée (intentionnelle ou non).

Pour aider le sportif à prévenir toute situation ou comportement à risque, l'AFLD préconise les bonnes pratiques suivantes :

Avant la prise d'un médicament :

- 👉 Consulter un professionnel de santé.
- 👉 Informer le professionnel de santé de son statut de sportif, de sa discipline et de son niveau de pratique.
- 👉 Vérifier le caractère interdit ou non d'un médicament sur <http://medicaments.afld.fr/> et,

si prescription d'un médicament comportant une substance interdite, s'assurer, avec son médecin, du respect des critères d'obtention d'une autorisation d'usage à des fins thérapeutiques
<https://sportifs.afld.fr/effectuer-une-demande-daut/>

Avant la prise d'un complément alimentaire :

- 👍 Consulter un professionnel de santé pour effectuer un bilan nutritionnel et évaluer la nécessité de la prise d'un complément alimentaire.
- 👍 Privilégier une bonne hygiène de vie (alimentation équilibrée et une bonne qualité de sommeil).
- 👍 Privilégier la prise de compléments alimentaires de la norme AFNOR (NF EN 17444) et éviter les achats de produits sur internet.

<https://sportifs.afld.fr/complements-alimentaires/>