

FICHE MEDICALE DE PRE-INSCRIPTION 2020/2021

Dans le cadre d'une éventuelle intégration, nous avons besoin de renseignements médicaux afin que le médecin puisse valider l'entrée au CREPS et demander, au besoin, des examens et données complémentaires.

Ce document est destiné au médecin du CREPS, il est très important pour la prise en charge du sportif et doit être rempli avec attention ; merci de le renvoyer soit par mail au service médical (medical.boulouris@creps-paca.sports.gouv.fr), soit sous pli confidentiel à l'attention du Docteur Bardaille (CREPS PACA site de Boulouris, 346 BD des Mimosas, CS 40501, 83707 ST RAPHAEL CEDEX).

Nom		Prénom	
Date de naissance		Sport concerné	
Date du questionnaire :			

MORPHOLOGIE					
Taille					
Poids					
VIE SPORTIVE					
Nombre d'entraînements par semaine actuellement	1	2	3	4	5 et +
Autre pratique sportive					
SUIVI MEDICAL					
Traitements médicaux en cours					
Allergies					
LOCOMOTEUR					
Port de semelles orthopédiques	oui	non			
TRAUMATOLOGIE					
Douleurs au dos	anciennes	présentes			
Anomalie de courbure du rachis (cyphose, scoliose...)	oui	non	Si oui, précisez :		
Pathologies de croissance (Osgood, Sever...)	oui	non	Si oui, précisez avec date :		
Entorses (cheville, genou...) même minimales	oui	non	Si oui, précisez localisation + fréquences + dates :		
Blessures musculaires (claquage, élongation...) Tendinites	oui	non	Si oui, précisez localisation + fréquences + dates :		
Autres traumatismes (crânien ou autre)					

ENDOCRINOLOGIE GYNECOLOGIE			
Date des 1ères règles			
Le cycle est-il régulier ?	oui	non	
Traitement hormonal (pilule...)	oui	non	Si oui, précisez :
Pathologie métabolique (thyroïde , diabète...)	oui	non	Si oui, précisez :
Autres			
NEUROLOGIE			
Antécédents familiaux (accident/maladie cardiaque ou mort subite)	oui	non	Si oui, précisez :
Troubles de l'équilibre	oui	non	Si oui, précisez date et circonstances :
CARDIOLOGIE			
Antécédents cardiaques	oui	non	Si oui, précisez :
Anomalie congénitale	oui	non	Si oui, précisez :
DERMATOLOGIE			
Problème cutané (allergies, eczéma, acné...)	oui	non	Si oui, précisez :
Traitement passé ou actuel	oui	non	Si oui, précisez :
OPHTALMOLOGIE			
Port de lunettes, lentilles	oui	non	Si oui, précisez le trouble de la vue :
Date du dernier contrôle ophtalmologique			
PNEUMOLOGIE			
Problèmes respiratoires (asthme, ...)	oui	non	Si oui, traitement :
CONSULTATIONS ET SUIVIS			
Psychiatre, psychologue	oui	non	Si oui, précisez :
Orthodontiste	oui	non	Si oui, précisez :
Orthophoniste	oui	non	Si oui, précisez :
SAISON PRECEDENTE			
Maladies	oui	non	Si oui, précisez :
Traumatismes	oui	non	Si oui, précisez :
Arrêt sportif	oui	non	Si oui, précisez nombre et périodes :
AUTRES ANTECEDENTS - RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES			
Maladies chroniques, problèmes familiaux, fatigue récurrente, difficultés d'adolescence, autres...)	oui	non	Si oui, précisez :