



## BILAN MEDICAL SMR

### FICHE DE SYNTHESE

A REMPLIR PAR LE SPORTIF			
Nom :	Prénom :	Né(e) / /	Age : ans Sexe :
Tél :	Mail (obligatoire) :		
Scolarité			
Discipline :			
Structure (pôle) :			
Responsable :	Mail :	Tél :	
Club :	Mail :	Tél :	
Médecin : (Club ou structure)	Mail :	Tél :	
Médecin traitant :	Mail :	Tél :	
Kiné :	Mail :	Tél :	

### A REMPLIR PAR LE MEDECIN

ECG de repos: interpretation:  
(Ech.10mm/mV, 25 mm/s)

Questionnaire psychologique : normal anormal anomalie mineure  
 Questionnaire diététique : normal anormal anomalie mineure  
 Questionnaire surentrainement : nombre de oui :

Observation Conclusion obligatoire (Estimation d'une bonne tolérance à l'entraînement)

### CERTIFICAT

Je soussigné(e).....Docteur en Médecine du sport certifie avoir examiné le (la) sportif(ve)..... et avoir constaté, ce jour, l'absence de signe clinique décelable contre indiquant la pratique ..... en stage et en compétition.

Date, Signature et Cachet

Email du médecin :

Téléphone médecin :



**BILAN ANORMAL :**

**Nécessitant des examens complémentaires :**

oui                       non

**Nécessitant une contre-indication temporaire :**

oui                       non

**Nécessitant une contre-indication définitive :**

oui                       non

**(Fournir les comptes rendus des examens complémentaires demandés)**

**MESURES DE PREVENTIONS/ CONSEILS DONNES :**