



## Fiche Bilan Sport Santé :

**Les informations suivantes sont demandées à titre facultatif**

**Et ne feront pas l'objet d'un traitement informatique.**

**Elles ne sont destinées qu'aux Educateurs.**



**NOM :**

**Prénom :**

Date de naissance :

Sexe : F M

Adresse :

Téléphone :

Adresse électronique :

Code postal :

Ville :

Nom du médecin traitant:

*« Je m'inscris à l'opération PRINTEMPS SPORTIFS et déclare avoir pris connaissance des conditions de l'opération. Je déclare disposer d'une assurance susceptible de couvrir les dommages aux personnes ou aux biens que je pourrais aussi bien causer que subir. Je déclare que tous les éléments fournis dans ce dossier sont exacts ».*

*Date*

*Signature*

Pratiquer une activité sportive tout le long de sa vie contribue au bien-être, à une qualité de vie :

Elle permet une meilleure connaissance de son corps, de renforcer son capital santé ; le sport stimule le métabolisme, aide à garder un poids stable, favorise une bonne irrigation, diminue les risques d'accident cardio-vasculaire...

A chaque période de vie correspond sa pratique du sport. Individualisation, progressivité, sécurité et régularité sont les principes clefs des Printemps Sportifs.

On se sent mieux, mieux dans son corps, mieux dans sa vie.

**GARDEZ LA FORME APRES 50 ANS en pratiquant un SPORT à VOTRE RYTHME**

**A REMPLIR PAR LE PARTICIPANT** (avant d'aller voir le médecin)

**Soyez acteur de votre santé et discutez avec votre médecin de vos réponses à ce questionnaire\***  
Il vous permettra de vous aider à choisir les activités physiques et sportives du programme « printemps sportifs » en toute sécurité.

**Votre médecin vous a-t-il déjà dit que vous aviez un problème cardiaque ?**

Oui  Non

**Avez-vous déjà eu des douleurs dans la poitrine ou au niveau du cœur ?**

Oui  Non

**Avez-vous déjà eu des essoufflements ? (réponses multiples possibles)**

Oui, spontanément  Oui, pendant l'effort  Oui, après l'effort  Non

**Vous sentez-vous parfois faible ou avez-vous parfois des vertiges ou des pertes de connaissances ?**

Oui  Non

**Votre médecin vous a-t-il déjà dit que votre tension artérielle était trop élevée ?**

Oui  Non

**Votre médecin vous a-t-il déjà dit que vous aviez des problèmes articulaires ou osseux comme de l'arthrose ou des rhumatismes qui pourraient être aggravés par un exercice ?**

Oui  Non Avez-

vous déjà eu des malaises à l'effort ?

Oui  Non Avez-

vous déjà eu des céphalées à l'effort ?

Oui  Non

**Y a-t-il une raison physique non mentionnée ci-dessus qui vous empêcherait d'avoir une activité plus importante même si vous le souhaitiez ?**

Oui  Non Si oui, précisez : .....

**Avez-vous déjà eu des contre-indications en sport ?**

Oui  Non

**PRATIQUE SPORTIVE**

**Pratiguez-vous actuellement une activité physique ou sportive ?**  Oui  Non

**Si oui, quelle(s) activité(s) pratiquée(s) :**

**Nombre de fois/semaine :**  1 fois  2 fois  3 fois  autre

**Date** **Signature du participant**

\* source PNNS ; activités physiques et santé. Arguments scientifiques, pistes pratiques.

**A REMPLIR PAR LE MEDECIN**

**Audition** : .....

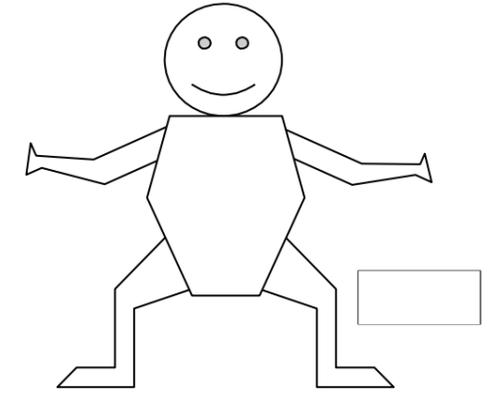
**Equilibre :** facile → 1=2=3=4=5 → difficile

**Vue corrigée :**  Oui  Non

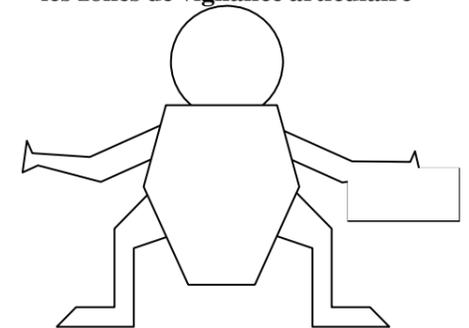
**Tension artérielle :** .....

**Taille:** .....

**Poids:** .....



**Signaler par une croix les zones de vigilance articulaire**



**Recommandations /Conseils :**

Inscription aux activités : .....

**Certificat médical**

Je soussigné(e) Dr.....certifie que

M. ou Mme .....

- ne présente pas de contre indication à la pratique de (Bien spécifier les activités sportives )

.....

- présente une contre indication à la pratique de .....

.....

Date :

Signature et cachet du Médecin