

**CERTIFICAT MÉDICAL**

**Pour la Pratique en compétition des sportifs âgés de 40 ans et plus**

Je Soussigné, Docteur : ..... certifie avoir examiné ce jour,

Nom :

Date de naissance :

Prénom : ..... Sexe : € Masculin € Féminin

Adresse : .....

- ATCD
- Médicaux
  - Chirurgicaux
  - Traumatologie sportive

Signes fonctionnels :

Poids (Kg)  Taille( cm)  TA (mm Hg)

Vaccins : ..... Hygiène de vie : .....

Examen Clinique Général :

- Articulaire
- Cardio-vasculaire

ECG de Repos :

- Fc de repos en décubitus Dorsal  /mn - Rythme sinusal :
- onde P - SV1V2 - IC=  $\frac{SV1+SV2}{2 RV6}$
- PR - RV5V6
- QRS - Axe QRS - Sokolow RV5+SV1=

Indice de Ruffier Dickson ( avec ECG) :

$$IRD = \frac{(PI-70) + 2 (P2-PO)}{10}$$

30 : flexions de jambes complètes en 45 secondes

PO : Pouls au repos en Décubitus Dorsal

PI : Pouls après l'effort

P2 : Pouls après 1 mn de récupération en DD

De 3 à 6 = Bon
De 6 à 9 = Moyen
Plus de 9 = Faible

Bilan Sanguin : NFS , Créatine, Triglycérides, Glycémie à jeun

Ex. Urinaire : Protéinurie, Glycosurie

Examen Complémentaire( non obligatoire systématiquement) : ECG d'effort maximal

Et n'avoir constaté **AUCUNE CONTRE-INDICATION  
A LA PRATIQUE SPORTIVE DE COMPETITION EN**

TAMPON

SIGNATURE

DATE