



**FICHE DE CONSULTATION DE NON CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE
EN COMPETITION JUNIOR/SENIOR AVEC PROTECTION CEPHALIQUE**

**Ce certificat peut être établi par tout médecin titulaire du diplôme
français de docteur en médecine générale.**

Recommandations à l'attention des médecins

Cher confrère,

Vous êtes amené à examiner un sportif qui désire pratiquer un sport de contact dans la catégorie compétition avec protection céphalique.

L'obtention du certificat médical est la conclusion d'un examen médical réalisé selon des règles de bonne pratique validée par les sociétés savantes. Cependant, la commission médicale fédérale de la FFSCDA rappelle que l'examen médical permettant de délivrer ce certificat :

- engage la responsabilité du médecin signataire de ce certificat (article R.4127-69 du code de la santé publique [article 69 du code de déontologie]), seul juge de la nécessité d'éventuels examens complémentaires et seul responsable de l'obligation de moyen,
- ne doit jamais être pratiqué à l'improviste, sur le terrain ou dans les vestiaires avant une compétition, un tel certificat médical dit de complaisance est donc formellement prohibé (article R.4127-28 du code de la santé publique [article 28 du code de déontologie]).

Cette activité sportive nécessite :

- ECG de repos interprété, valable 2 ans
- Un fond d'œil 3 miroirs, valable 1 an

Il relève de votre seule décision de déterminer les examens complémentaires qu'il vous paraîtra utile de demander pour établir ou non ce certificat.

Toutes les contre-indications médicales aux sports s'appliquent.

On peut retenir en particulier les contre-indications médicales suivantes :

- hernie pariétale, éventrations.
- hépatomégalie ou splénomégalie
- antécédents de coma ou de lésions cérébrales
- trouble de l'équilibre
- épilepsie
- un trouble de la coagulation ou la prise d'un traitement altérant la coagulation
- sérologie VIH, Ag HBS, Anticorps HCV
- Myopies supérieures à 3,5 dioptries
- chirurgies intra oculaires et réfractives
- amblyopies acuité inférieur à 3/10 avec correction ou 6/10 ODG

Concernant les femmes : contre-indication temporaire pour les femmes enceintes ou qui allaitent.



**EXAMEN MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION
A LA PRATIQUE DES SPORTS DE CONTACTS EN COMPETITION
JUNIOR/SENIOR AVEC CASQUE ET TRANSFERT D'ENERGIE A L'IMPACT**

EXAMEN CLINIQUE

Nom : Prénom :
Date de l'examen :
Taille : Poids : IMC :
Age :

- examen morfo-statique : Rachis : MI : MS :
- appareil cardio-vasculaire : FC de repos : TA de repos :
- auscultation cardiaque :

- Tracé ECG de repos :

- examen pulmonaire :
- examen ostéo-articulaire :
- examen neurologique :
- examen stomatologique :
- examen O.R.L. :
- examen génito urinaire :
- examen dermatologique :

Anomalies des annexes :



EXAMEN OPHTHALMOLOGIQUE SPECIALISE

Contre indications absolues :

- Chirurgie intra oculaire
- Amblyopie
- Myopie supérieure à 3,5 dioptries

1 Acuité visuelle (notée en toutes lettres et sans surcharges en dixième avec éventuelle formule de correction

	Sans correction	Formule de correction	Avec correction
OD			
OG			

2 Champ visuel.....

3- Tonus oculaire.....

4 Motilité oculaire.....

5 Vision binoculaire.....

6 Milieux transparents.....

7 Fond d'œil (examen aux 3 miroirs).....

8 Anomalie d'ordre pathologique.....

Décisions du spécialiste en ophtalmologie :

Je soussigné Dr : Spécialiste en ophtalmologie

Certifie avoir examiné le :

M. :

et n'avoir constaté, à ce jour, aucun signe ophtalmologique apparent contre indiquant la pratique des sports de contacts avec casque et avec transfert d'énergie.

Cachet

lieu date.....

Signature



**CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION
A LA PRATIQUE DES SPORTS DE CONTACTS EN COMPETITION
JUNIOR/SENIOR AVEC CASQUE ET TRANSFERT D'ENERGIE A L'IMPACT**

Je soussigné, Docteur

Certifie avoir examiné le :
(En lettres capitales) (Date de l'examen)

Certifie avoir examiné M.....Né (e) le :
(Mentionner le nom et prénom)

Et n'avoir constaté, à ce jour, aucun signe apparent contre indiquant la pratique des sports de contacts avec casque et transfert d'énergie à l'impact

Fait à : le :

Signature et cachet du médecin