



**ROYAL WHITE
STAR A.C.**

**Stade Fallon
2, Chemin du struykbeken,
1200 Bruxelles**

**DOSSIER MÉDICAL CONFIDENTIEL : questionnaire
préalable à la visite médicale à remplir et signer par le
sportif.**

Nom : **Prénom :**
Date de naissance : **Discipline pratiquée :**

Avez-vous déjà un dossier médical dans une autre structure, si oui laquelle :

Avez-vous déjà été opéré ? Non Oui
Précisez et si possible joindre les comptes rendus opératoires.

Avez-vous déjà été hospitalisé pour

traumatisme crânien	Non	Oui
perte de connaissance	Non	Oui
épilepsie	Non	Oui
crise de tétanie ou spasmophilie.....	Non	Oui

Avez-vous des troubles de la vue ? Non Oui
si oui, portez-vous des corrections : lunettes lentilles

Avez-vous eu des troubles de l'audition Non Oui
Avez-vous eu des troubles de l'équilibre Non Oui

Avez-vous eu connaissance dans votre famille des évènements suivants :
-Accident ou maladie cardiaque ou vasculaire survenue avant l'âge de 50 ans Non Oui
-Mort subite survenue avant 50 ans (y compris mort subite du nourrisson) Non Oui

Avez-vous déjà ressenti pendant ou après un effort les symptômes suivants :

Malaise ou perte de connaissance	Non	Oui
Douleur thoracique Oui Non Palpitations (cœur irrégulier)	Non	Oui
Fatigue ou essoufflement inhabituel	Non	Oui

Avez-vous

Une maladie cardiaque	Non	Oui
Une maladie des vaisseaux	Non	Oui
Été opéré du cœur ou des vaisseaux	Non	Oui
Un souffle cardiaque ou un trouble du rythme connu	Non	Oui
Suivi un traitement régulier ces deux dernières années	Non	Oui

(médicaments, compléments alimentaires ou autres), si oui, lesquels?

Avez-vous pris par le passé des médicaments régulièrement	Non	Oui
Une infection sérieuse dans le mois précédent	Non	Oui
Un diabète	Non	Oui

Buvez-vous des boissons alcoolisées chaque semaine? Non Oui, si oui, à quelle fréquence.

SCORE d'évènements CV à 10 ans => ... % (rempli par le médecin)

Une hypertension artérielle	Non	Oui
-----------------------------	-----	-----

Un cholestérol élevé	Non	Oui, si oui, à combien?
----------------------	-----	-------------------------



ROYAL WHITE STAR A.C.

Stade Fallon
2, Chemin du struykbeken,
1200 Bruxelles

Fumez-vous ?	Non	Oui, si oui, combien par jour ?
Depuis quand?		
Sexe	♀	♂
Age		
<u>Avez-vous déjà eu :</u> (joindre résultats si disponibles)		
- un électrocardiogramme	Non	Oui
- un échocardiogramme	Non	Oui
- une épreuve d'effort maximale	Non	Oui
<u>Avez-vous déjà eu des troubles de la coagulation :</u>		
<u>À quand remonte votre dernier bilan sanguin ?</u> (le joindre si possible)		
<u>Avez-vous</u>		
- des allergies respiratoires (rhume des foins, asthme) non oui		
- des allergies cutanées	Non	Oui
- des allergies à des médicaments	Non	Oui, si oui, lesquels.....
<u>Prenez-vous des traitements</u>		
- pour l'allergie ? (si oui, lesquels)	Non	Oui
- pour l'asthme ? (si oui, lesquels)	Non	Oui
<u>Avez-vous des maladies ORL répétitives :</u> angines, sinusites, otites	Non	Oui
<u>Avez-vous une affection endocrinienne ?</u>	Non	Oui, si oui, laquelle ?
<u>Vos dents sont-elles en bon état ?</u>	Non	Oui
(si possible, joindre votre dernier bilan dentaire, radiographie panoramique déjà réalisée?)		
<u>Avez-vous ou avez-vous déjà eu ?</u>		
- des problèmes vertébraux ou douleurs du rachis : faite?	Non	Oui, si oui, une imagerie a-t-elle été faite?
- cyphose/scoliose :	Non	Oui
<u>Avez-vous déjà eu :</u> (précisez le lieu et quand)		
- une luxation articulaire	Non	Oui
- une ou des fractures	Non	Oui
- une rupture tendineuse	Non	Oui
- des tendinites chroniques	Non	Oui
- des lésions musculaires	Non	Oui
- des entorses graves	Non	Oui

Quelles blessures avez-vous déjà eues lors de la pratique de l'athlétisme? (ou autres sports)

.....
.....

Avez-vous une maladie non citée ci dessus?.....

Avez-vous eu les vaccinations suivantes : Tétanos polio non oui / Hépatite non oui / Autres, précisez :.....

Avez-vous eu une sérologie HIV : Non Oui



**ROYAL WHITE
STAR A.C.**

**Stade Fallon
2, Chemin du struykbeken,
1200 Bruxelles**

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES CONCERNANT LES FEMMES.

À quel âge avez-vous été réglée ?.....

Avez-vous un cycle régulier ?	Non	Oui
Avez-vous des périodes d'aménorrhée ?	Non	Oui
Combien de grossesses avez-vous eu ?.....		
Prenez-vous un traitement hormonal ?	Non	Oui
Prenez-vous une contraception orale ?	Non	Oui
Consommez-vous régulièrement des produits laitiers ?.....	Non	Oui
Suivez-vous un régime alimentaire ?.....	Non	Oui
Avez-vous déjà eu des fractures de fatigue ?	Non	Oui
Dans votre famille, y a t'il des cas d'ostéoporose ?.....	Non	Oui
Combien effectuez-vous d'heures d'entraînement par semaine ?		

*Je soussigné (parent ou tuteur pour les mineurs) certifie sur l'honneur
l'exactitude des renseignements portés ci-dessus*

Nom : _____ Date _____

Signature



**ROYAL WHITE
STAR A.C.**

**Stade Fallon
2, Chemin du struykbeken,
1200 Bruxelles**

FICHE DE COUREUR.

Nom : Prénom :

Date de naissance : Âge :

Taille : Poids : Sexe :

Club ou structure: Discipline pratiquée :

Niveau de pratique..... Titres ou classement.....

Quel a été ton volume d'entraînement hebdomadaire moyen (en km ou en temps) les 6 semaines précédentes?
..... km par semaine et/ou h/semaine.

As-tu fait une ou plusieurs compétitions ces 6 derniers mois ?

Si oui, notes les distances et les chronos :

.....

.....

Quels sont tes records personnels ?

Combien de fois t'entraînes-tu par semaine ?

..... h/j ou h/sem.

Quel est votre principale objectif sportif ?

.....

Quel est la compétition la plus importante dans les 6 mois à venir ?

Pourquoi l'athlétisme ?

.....

Quels sports pratiques-tu en dehors de l'athlétisme ? Combien de fois et d'heures par semaine? A quel niveau?

.....

.....

Commentaires :

.....

.....