



# CERTIFICAT MEDICAL

Nom :

Prénom :

Date de Naissance

Vient effectuer la première visite médicale annuelle.

ATCD médical / Chirurgical :

- Examen Cardio Vasculaire de repos (assis, couché et debout)
- Examen Pulmonaire
- ECG
- Evaluation de la croissance
- Plis Cutanée
- Examen Podologique
- Examen de l'appareil locomoteur
- Examen neurologique
- Dépistage trouble visuels
- Dépistage trouble auditifs
- Bilan Vaccination
- Bandelette urinaire
- Bilan diététique
- Bilan psychologique

Je soussigné(e) DR .....

Médecin du sport, certifie que .....

né(e) le ..../..../..... ne présente pas de contre-indication à la pratique de la Natation Artistique en Compétition.

Date :

Signature et Cachet du médecin

Bilan anormal nécessitant

- Des examens complémentaires oui / non
- Une contre-indication temporaire : oui / non
- Une contre-indication définitive : oui / non