



**A RENDRE EN MAIN PROPRE à Mr GHEYSEN au plus tard fin Septembre**

***fiche à remplir par le docteur CHAPUIS***

Adresse : .....

Numéro d'agrément : .....

NOM du candidat : ..... Prénom du candidat : .....

Date et Lieu de naissance du candidat : .....

Noms et adresse(s) des parents : .....

N° de téléphone des parents : ..... N° portable des parents : .....

Discipline : <b>BASKET-BALL</b>	Nombre d'heures hebdomadaires : <b>4 H 30</b>	Surclassement : <b>OUI / NON</b>
---------------------------------	-----------------------------------------------	----------------------------------

Antécédents médicaux ou chirurgies :	Traitement en cours :
--------------------------------------	-----------------------

Vaccinations :

Morphologie			
Taille :	Poids :	% masse grasse :	
Trouble de la statique			
Rachis :	Membres supérieurs :	Membres inférieurs :	
Appareil cardio-vasculaire			
Pouls :	Tension artérielle :	Auscultation ECG (repos) :	Test d'Effort :
Appareil Respiratoire			
Spirométrie :	Auscultation :	Perméabilité nasale :	

**CERTIFICAT PREALABLE A LA PRATIQUE**

Je, soussigné Docteur ....., certifie avoir examiné ce jour le candidat nommé ci-dessus.

Je déclare ce candidat  APTÉ -  INAPTE à la pratique du basket-ball dans le cadre de la section sportive.

Je contre-indique la pratique du sport suivant (si nécessaire) : .....

Signature et tampon du médecin

A ....., le .....

***en profiter pour faire remplir le papier de licence club***