

EXAMEN MEDICAL DE NON CONTRE INDICATION

PRATIQUE DE COMPETITION AVEC KO AUTORISE

M./ Mme : NOM Prénom

Né (e) le :

Taille : Poids :

1 Cardio-respiratoire	
Au repos	
Fréquence cardiaque	
Tension artérielle	
Examen clinique	
2 Neurologique	
3 Stomatologique - Denture	
4 ORL	
Acuité auditive	
Perméabilité nasale	
5 Aires ganglionnaires	
6 Abdominal	
7 Génito-urinaire	
8 Dermatologique	
9 Appareil locomoteur	
Rachis	
Membres supérieurs	
Membres inférieurs	
10 Examen cardio-vasculaire	
ECG (avec interprétation) exigé	
11 Observations	
12 Décision médicale (rayer la mention inutile)	
Contre-indication	Non contre-indication

Fait à :

Le :

Signature et cachet du praticien
(Indiquant lisiblement son nom et adresse)