

FICHE MEDICALE DE PRE-INSCRIPTION 2026/2027

A RENVoyer PAR MAIL UNIQUEMENT AU SERVICE MÉDICAL

MEDICAL.BOULOURIS@CREPS-PACA.SPORTS.GOUV.FR

Dans le cadre d'une éventuelle intégration, nous avons besoin de renseignements afin que le médecin puisse valider l'entrée au CREPS, et demander au besoin, des examens et des données complémentaires.
Ce document est très important pour la prise en charge du sportif et doit être rempli avec attention.

Nom :	Prénom :
Date de naissance :	Sport concerné :

MORPHOLOGIE

Taille :

Poids :

VIE SPORTIVE

Nombre d'heures d'activité sportive :

Autre pratique sportive :

SUIVI MEDICAL

Traitements médicamenteux ou autre en cours :

Allergie(s) :

PATHOLOGIE EN COURS DE TRAITEMENT

Maladie	Oui	Non	Si oui, précisez :
Traumatisme	Oui	Non	Si oui, précisez :
Arrêt sportif	Oui	Non	Si oui, précisez :

CONSULTATION ET/OU SUIVI

Psychologue/Psychiatre	Oui	Non	Si oui, précisez :
Orthodontiste	Oui	Non	Si oui, précisez :
Orthophoniste	Oui	Non	Si oui, précisez :

**APPAREIL
LOCOMOTEUR**

Douleur au dos	Oui	Non	Si oui, précisez :
Trouble de la statique (Cyphose, scoliose...)	Oui	Non	Si oui, précisez :
Maladie de croissance (Osgood, Sever...)	Oui	Non	Si oui, précisez + date :
Entorse (Cheville, genou ...)	Oui	Non	Si oui, précisez localisation + fréquence + date :
Accident musculaire (Claquage, élongation), tendinite ...	Oui	Non	Si oui, précisez localisation + fréquence + date :
Autre traumatisme (Crânien ou autre ...)	Oui	Non	Si oui, précisez + date :
Port de semelles orthopédiques	Oui	Non	Si oui, depuis quelle date :
Rééducation en cours	Oui	Non	Si oui, localisation + fréquence + date :

CARDIOLOGIE

Antécédent cardiaque familial (AVC, mort subite, maladie cardiaque...)	Oui	Non	Si oui, précisez :
Anomalie congénitale	Oui	Non	Si oui, précisez :

**PNEUMOLOGIE
ORL**

Problème respiratoire (asthme...)	Oui	Non	Si oui, précisez et traitement :
Rhinite, sinusite allergique.....	Oui	Non	Si oui, précisez et traitement :

DERMATOLOGIE

Problème cutané (Allergie, eczéma, acné ...)	Oui	Non	Si oui, précisez :
Traitement en cours	Oui	Non	Si oui, précisez :

OPHTALMOLOGIE

Port de lunettes, lentilles	Oui	Non	Si oui, précisez le trouble de la vue :
Date du dernier contrôle ophtalmologique			

GYNECOLOGIE

Date des 1ères règles			
Le cycle est-il régulier ?	Oui	Non	
Traitement hormonal (pilule...)	Oui	Non	Si oui, précisez :
Autres			

MERCI DE NOUS TRANSMETTRE LA PHOTOCOPIE DES ORDONNANCES ET BILANS COMPLEMENTAIRES

Fait à :

Le :

Signature :