



DOSSIER MEDICAL PREALABLE A LA PRATIQUE DU FOOTBALL AMATEUR

Saison sportive 2026 – 2027

JOUEUR (SE):

NOM : _____ PRENOM (S) : _____

DATE DE NAISSANCE : /__ / __ / __ / __ / __ / __ / __ / (JOUR / MOIS / ANNEE)

SEXE : M: ☐ F: ☐

CLUB : _____

LIGUE : _____

1. CARACTERISTIQUES

Poste	☐ Gardien de but	☐ Défenseur
	☐ Milieu	☐ Attaquant
Latéralisation	☐ Gaucher	☐ Droitier
	☐ Les 2 pieds	

Nombre de matches disputés ces 12 derniers mois : /__ / __ / __ /

NOM : _____ PRENOM (S) : _____

2. ANTECEDENTS MEDICAUX :

2.1 ANTECEDENTS PERSONNELS :

2.2 ANTECEDENTS FAMILIAUX (PARENTS HOMMES DE MOINS DE 55 ANS, PARENTS FEMMES DE MOINS DE 65 ANS)

2.3 PRESCRIPTION MEDICALE COURANTE DE CES 12 DERNIERS MOIS

3. EXAMEN PHYSIQUE GENERAL

Taille : /___/___/___/ cm Poids: /___/___/___/ kg BMI : /___//___/ /,___/___/

Examen bucco-dentaire

Poumons :

Abdomen

Examen Orthopédique

Port d'appareil médico-chirurgical :

Symptômes du syndrome de Marfan : Si Oui Précisez

4. SYSTEME CARDIOVASCULAIRE

Pouls après 5 minutes de repos : /___/___/___/ /min

Pression artérielle en position allongée sur le dos après 5 minutes de repos

Bras droit : /___/___/___/ /___/___/___/ mmHg

Bras gauche /___/___/___/ /___/___/___/ mmHg

NOM : _____ PRENOM (S) : _____

4.1 ECG 12 ELECTRODES

- EN POSITION ALLONGEE SUR LE DOS APRES 5 MINUTES DE REPOS
« Joindre une copie au contrôle »

Résumé de l'analyse de l'ECG : ☐ normal ☐ anormal

Si Anormal, précisez :

.....
.....
.....

4.2 ECHOCARDIOGRAPHIE INITIALE :

Effectuée le : / / / / / / / / / /

Résumé de l'échocardiographie « Joindre copie du résultat au contrôle ».

.....
.....
.....
.....
.....

NB :

- L'examen Echocardiographie initiale est obligatoire quel que soit l'âge des joueurs.
- Doit être Renouvelée dès l'âge de 20 ans révolus.

5. AUTRES PATHOLOGIES : Si Oui, précisez

.....
.....
.....
.....

6. BILAN SANGUIN :

« Joindre les documents signés par le service accrédité »

1. Groupe Sanguin,
2. FNS avec taux des réticulocytes.
3. Créatinémie,
4. Urée Sanguine
5. Glycémie à jeun.
6. Autres si nécessaire :

.....
.....
.....

7. RESUME DE L'EVALUATION

Suspicion de pathologie cardiaque

☐ Non ☐ oui, précisez : _____

Autres pathologies

☐ Non ☐ oui, précisez : _____

LE (A) JOUEUR (SE) CITE(E) CI-DESSOUS : SAISON SPORTIVE : 2026 – 2027

NOM ET PRENOM : _____

APTE A LA PRATIQUE DU FOOTBALL AMATEUR:

☐ Oui ☐ Non

8. MEDECIN EXAMINATEUR ET INSTITUTION

Nom et Prénom du Médecin : _____

N° inscription à l'ordre des médecins : / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ /

Structure d'exercice : _____

Téléphone : _____

Email : _____

Date : _____ Griffes et Signature : _____