

Nom : _____ **Prénom :** _____ **Né(e) le** _____

Discipline gymnique (AER, GAF, GAM, GR, TRA, TUM ou PK ?) : _____

Saison précédente : Nb d'heures par semaine : _____ Nb de séances/ semaine : _____

A compléter par le gymnaste ou ses parents (en laissant les items incompris à remplir avec le médecin)

ATCD Familiaux :

ATCD personnels : (Rayer les éléments si réponse négative, cocher les cases si réponse positive)

Médicaux : Anaphylaxie
 Asthme
 Infection COVID 19 confirmée si oui, date : _____
 Date du dernier vaccin COVID :

Chirurgicaux :

Traumatologiques : **Séquelles fonctionnelles**
 Pathologie rachidienne
 Précisez : _____
 Imagerie du rachis : Rx IRM (si oui, date.....)

Gynécologie : 1ères règles > 16ans ; cycles irréguliers ; période d'aménorrhée >3mois ; Douleurs menstruelles ;
 Prise de poids fatigue avant les menstruations ; **Fuites urinaires à l'effort (même rares ou minimes)**

Traitement actuel : (En cas de traitement, vérifier si une Autorisation d'Usage à des fins Thérapeutiques (AUT) nécessaire)

<https://sportifs.aflid.fr/effectuer-une-demande-daut>

AUT acceptée : Date de fin de validité : _____

Prise de : Vitamine D (si oui posologie :.....)
 Fer
 Autre : _____

Vaccins Obligatoires à jour : Prise de compléments alimentaires : Oui Non
 Si oui, lesquels : _____

Mode de vie :
 Sommeil : de.....h à.....h Pas de troubles du sommeil

Cocher si « Aucune » ou préciser la fréquence si consommation occasionnelle ou régulière :

Consommation	Aucune	Occasionnel	Régulier
Tabagisme			
Cannabis			
Alcool			

Je soussigné (parent ou tuteur pour les mineurs) certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.

Nom : _____ **Prénom :** _____ **Signature** _____

Nom : **Prénom :**

Doléances actuelles :
Aucune

Poids : kg **Taille :** cm **Masse Grasse :** %

TA (Droite)	mmHg	FC	bpm
TA (Gauche)	mmHg		

Examen cardiologique :

Pas de Souffle
Pas de Signes de Marfan

ECG date.....:	Normal <input type="checkbox"/>	Anomalies mineures <input type="checkbox"/>	Anomalies majeures <input type="checkbox"/> si oui, préciser :
-----------------------	---------------------------------	---	---

Examen de l'appareil locomoteur :

Rachis	Hyperlordose Lombaire <input type="checkbox"/>	Hypercyphose dorsale <input type="checkbox"/>
---------------	--	---

Distance main sol.....cm:
Test d'hyperextension du rachis dorso lombaire en décubitus ventral (à 90°): indolore douloureux

Palpation / Testing / Diagnostics / Ex complémentaires demandés

Pas de signe d'ostéochondrose
Pas de signes de tendinopathie
Pas de lyse isthmique connue ou suspectée

Gynécologie : Aménorrhée primaire Date de la ménarche :.....
Fuites urinaires à l'effort (même rares ou minimes) troubles menstruels Contraception Orale Consultation spécialisée souhaitée

Reste de l'examen (Pneumo, abdominal, ORL, Neuro...) :

Examens	Questionnaire de surentraînement
Date	
Anomalie(s)/résultat	

Conclusions :

Apte à l'entrée en filière de haut niveau **Contre-indication** Temporaire
Avis réservé sur l'entrée en filière de haut niveau, avis du médecin fédéral demandé
Examens complémentaires demandés

Date :
Signature et cachet :
Tél et mél du médecin :

**Questionnaire de dépistage du surentraînement de la
Société française de médecine du sport**

à compléter **avant** la consultation de l'examen médical

Date du jour :

Nom : Prénom : Date de naissance :

- Si vous êtes scolarisé(e), ou étudiant(e), êtes-vous en période d'examens ?..... oui / non

- Quelle est votre discipline gymnique principale : Aérobie - GAF – GAM – GR – TR – TU - PK
(entourez la discipline correspondante)

- Niveau de pratique ? International ou national ou régional (entourez le niveau
correspondant)

- Combien d'heures d'entraînement réalisées dans ce dernier mois ?.....

- Combien d'heures réalisées cette dernière semaine dans la discipline principale ?.....

- Combien d'heures réalisées cette dernière semaine hors de cette discipline principale ?.....

- Nombre de compétitions dans le mois qui précède (en journées de compétition)

:.....

- Si vous pratiquez d'autres disciplines sportives, citez-les

.....

- Y a-t-il eu au cours du dernier mois, un événement important ayant perturbé votre vie
personnelle ou familiale ? oui / non

- Avez-vous arrêté votre entraînement pour maladie ou blessure ? oui / non

- Prenez-vous un traitement actuellement ?..... oui / non

Si oui, lequel ?

- Avez-vous effectué un stage récent en altitude (dans les derniers 15 jours) ?..... oui/ non

- Avez-vous été privé de sommeil dans la dernière semaine (décalage horaire
ou autres raison) ? oui / non

- Avez-vous des troubles des règles ?..... oui / non

Mettre une croix pour se situer entre ces deux extrêmes :

Mon Niveau de Performance est :

Mauvais <----->Excellent

Je me fatigue :

Plus lentement <-----> Plus rapidement

Je récupère de mon état de fatigue :

Plus vite <-----> Plus lentement

Je me sens :

Très détendu <-----> Très anxieux

J'ai la sensation que ma force musculaire a :

Augmenté <-----> Diminué

J'ai la sensation que mon endurance a :

Augmenté <-----> Diminué

Ce dernier mois :

1	Mon niveau de performance sportive/mon état de forme a diminué	OUI	NON
2	Je ne soutiens pas autant mon attention	OUI	NON
3	Mes proches estiment que mon comportement a changé	OUI	NON
4	J'ai une sensation de poids sur la poitrine	OUI	NON
5	J'ai une sensation de palpitation	OUI	NON
6	J'ai une sensation de gorge serrée	OUI	NON
7	J'ai moins d'appétit qu'avant	OUI	NON
8	Je mange davantage	OUI	NON
9	Je dors moins bien	OUI	NON
10	Je somnole et bâille dans la journée	OUI	NON
11	Les séances me paraissent trop rapprochées	OUI	NON
12	Mon désir a diminué	OUI	NON
13	Je fais des contre-performances	OUI	NON
14	Je m'enrhume fréquemment	OUI	NON
15	J'ai des problèmes de mémoire	OUI	NON
16	Je grossis	OUI	NON
17	Je me sens souvent fatigué	OUI	NON
18	Je me sens en état d'infériorité	OUI	NON
19	J'ai des crampes, douleurs musculaires fréquentes	OUI	NON
20	J'ai plus souvent mal à la tête	OUI	NON
21	Je manque d'entrain	OUI	NON
22	J'ai parfois des malaises ou des étourdissements	OUI	NON
23	Je me confie moins facilement	OUI	NON
24	Je suis souvent patraque	OUI	NON
25	J'ai plus souvent mal à la gorge	OUI	NON
26	Je me sens nerveux, tendu, inquiet	OUI	NON
27	Je supporte moins bien mon entraînement	OUI	NON
28	Mon cœur bat plus vite qu'avant au repos	OUI	NON
29	Mon cœur bat plus vite qu'avant à l'effort	OUI	NON
30	Je suis souvent mal fichu	OUI	NON
31	Je me fatigue plus facilement	OUI	NON
32	J'ai souvent des troubles digestifs	OUI	NON
33	J'ai envie de rester au lit	OUI	NON
34	J'ai moins confiance en moi	OUI	NON
35	Je me blesse facilement	OUI	NON
36	J'ai plus de mal à rassembler mes idées	OUI	NON
37	J'ai plus de mal à me concentrer dans mon activité sportive	OUI	NON

38	Mes gestes sportifs sont moins précis, moins habiles	OUI	NON
39	J'ai perdu de la force, du punch	OUI	NON
40	J'ai l'impression de n'avoir personne de proche à qui parler	OUI	NON
41	Je dors plus	OUI	NON
42	Je tousse plus souvent	OUI	NON
43	Je prends moins de plaisir à mon activité sportive	OUI	NON
44	Je prends moins de plaisir à mes loisirs	OUI	NON
45	Je m'irrite plus facilement	OUI	NON
46	J'ai une baisse de rendement dans mon activité scolaire ou professionnelle	OUI	NON
47	Mon entourage trouve que je deviens moins agréable à vivre	OUI	NON
48	Les séances sportives me paraissent trop difficiles	OUI	NON
49	C'est ma faute si je réussis moins bien	OUI	NON
50	J'ai les jambes lourdes	OUI	NON
51	J'égare plus facilement les objets (clefs, etc.)	OUI	NON
52	Je suis pessimiste, j'ai des idées noires	OUI	NON
53	Je maigris	OUI	NON
54	Je me sens moins motivé, j'ai moins de volonté, moins de ténacité	OUI	NON

Interprétation :

**Réponse « OUI » à plus de 20 items = sujet à risque de surentraînement
(Notamment en présence de troubles du sommeil et de l'appétit)**

Références :

- Legros P, Beau M, Desmarests Y, Jousselin E, Medelli J, Paruit C, et al.
Le surentraînement. Science & Sports 1992;7:51-7.
- Legros P, Bedu M, Desmarais Y, Jousselin E, Medelli J, Paruit C, et al.
Le surentraînement : diagnostic des manifestations psycho comportementales précoces. Science & Sports 1993;8:71-4.

CERTIFICAT MEDICAL ELITE (CME)

(Rédigé par le médecin du Sport après avoir complété le dossier médical dit « Elite» = Dossier médical + ECG + questionnaire de santé)

Je soussigné Dr

Certifie avoir examiné et complété le dossier médical « Elite » de

M., Mlle, Mme Nom Prénom

Date de naissance : _____

L'examen n'a pas révélé de contre-indication à la pratique de la gymnastique « Elite» dans la discipline gymnique suivante :

(AER, GAC, GAF, GAM, GR, TRA, TUM ou PK) :

Certificat valable jusqu'au 31 août 2024

Signature du médecin ayant effectué l'examen médical, et établi le dossier médical « ELITE»

Date : Cachet professionnel et Signature :

AFLD - Recommandations aux sportifs

<https://sportifs.afld.fr/se-tenir-informe-et-informer/>

Le principe fondamental de responsabilité objective implique, de la part d'un sportif et quel que soit son niveau, une vigilance accrue vis-à-vis de sa pratique sportive.

Pour aider le sportif à prévenir toute situation ou comportement à risque, l'AFLD préconise certaines recommandations (*):

- Informer son médecin de sa pratique sportive (discipline, niveau) lors de toute visite donnant lieu à une prescription médicale et ne pas hésiter à lui demander conseil en cas d'automédication
- Ne pas confondre ordonnance et AUT (Autorisation d'usage à des fins thérapeutiques) !
- Être vigilant lors de l'achat de compléments alimentaires et de produits diététiques de l'effort, notamment sur Internet. Se tenir informé, auprès de sa fédération, de l'AFLD, ou de tout autre organisme, de la réglementation antidopage en vigueur et de ses éventuelles modifications