

FICHE D'EXAMEN MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION APPARENTE A LA PRATIQUE  
DU SQUASH

(Page 1 sur 5)

DOSSIER MEDICAL CONFIDENTIEL

Remarque préalable : Pour les demandes de double surclassement, le certificat médical ne peut être délivré que par un médecin du Sport (**titulaire du DESC de médecine du sport ou de la Capacité de médecine du sport**).

Les questionnaires ci-joints doivent être envoyés avec les examens exigés dont la liste est fournie en annexe 1.

**1 - Questionnaire préalable à la visite médicale à remplir et signer par le sportif ou son tuteur légal**

Document à conserver par le médecin examinateur et à envoyer au Médecin Fédéral de la FFSquash.

**Nom** : ..... **Prénom** : .....

**Date de naissance** : ..... **Sport pratiqué** : .....

Avez-vous déjà un dossier médical dans une autre structure, si Oui laquelle :

Avez-vous déjà été opéré ? .....  Non .....  Oui

Précisez et si possible joindre les comptes rendus opératoires.

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

Avez-vous déjà été hospitalisé pour traumatisme crânien .....  Non .....  Oui

Perte de connaissance .....  Non .....  Oui

Epilepsie .....  Non .....  Oui

Crise de tétanie ou spasmophilie...  Non .....  Oui

Avez-vous des troubles de la vue ? .....  Non .....  Oui

si oui, portez-vous des corrections : .....  lunettes .....  lentilles

Avez-vous des troubles de l'audition ? .....  Non .....  Oui

Avez-vous des troubles de de l'équilibre ? .....  Non .....  Oui

Avez-vous eu connaissance dans votre famille des événements suivants :

- Accident ou maladie cardiaque ou vasculaire survenue à l'âge de 50 ans  Oui  Non
- Mort subite survenue avant 50 ans (y compris mort subite du nourrisson)  Oui  Non

Avez-vous déjà ressenti pendant ou après un effort les symptômes suivants :

- Malaise ou perte de connaissance :  Oui  Non
- Douleur thoracique :  Oui  Non
- Palpitations (cœur irrégulier) :  Oui  Non
- Fatigue ou essoufflement inhabituel :  Oui  Non

Avez-vous :

- Une maladie cardiaque :  Oui  Non
- Une maladie des vaisseaux :  Oui  Non
- Été opéré du cœur ou des vaisseaux :  Oui  Non
- Un souffle cardiaque ou un trouble du rythme connu :  Oui  Non
- Une hypertension artérielle :  Oui  Non
- Un diabète :  Oui  Non
- Un cholestérol élevé :  Oui  Non

**FICHE D'EXAMEN MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION APPARENTE A LA PRATIQUE  
DU SQUASH**

(Page 2 sur 5)

- Suivi un traitement régulier ces deux dernières années (médicaments, compléments alimentaires ou autres) :  Oui  Non
- Une infection sérieuse dans les mois précédent:  Oui  Non

Avez-vous déjà eu :

- un électrocardiogramme .....  Non .....  Oui
- un échocardiogramme .....  Non .....  Oui
- une épreuve d'effort maximale.....  Non .....  Oui

Avez-vous déjà eu

- des troubles de la coagulation ? .....  Non .....  Oui

A quand remonte votre dernier bilan sanguin ? (Le joindre si possible) .....

Fumez-vous ? .....  Non .....  Oui

Si oui, combien par jour ? ..... Depuis combien de temps : .....

Avez-vous - des allergies respiratoires (rhume des foins asthme)  Non .....  Oui

- des allergies cutanées  Non .....  Oui

- des allergies à des médicaments  Non .....  Oui

si Oui lesquels : .....

Prenez-vous des traitements

- Pour l'allergie ? (si Oui lesquels)  Non .....  Oui
- Pour l'asthme (si Oui lesquels)  Non .....  Oui

Avez-vous des maladies ORL répétitives : angines, sinusites, otites  Non .....  Oui

Vos dents sont-elles en bon état ? (si possible joindre votre dernier bilan dentaire)  Non .....  Oui

Avez-vous déjà eu ?

- des problèmes vertébraux :  Non .....  Oui
- une anomalie radiologique :  Non .....  Oui

Avez-vous déjà eu : (précisez le lieu et quand )

- une luxation articulaire :  Non .....  Oui
- une ou des fractures :  Non .....  Oui
- une rupture tendineuse :  Non .....  Oui
- des tendinites chroniques :  Non .....  Oui
- des lésions musculaires:  Non .....  Oui
- des entorses graves :  Non .....  Oui

Prenez-vous des médicaments actuellement :  Non .....  Oui

Avez-vous une maladie non citée ci-dessus : .....

Avez-vous eu les vaccinations suivantes : Tétanos polio :  Non ...  Oui hépatite :  Non  Oui

Autre précisez.....

Avez-vous eu une sérologie HIV :  Non .....  Oui

**FICHE D'EXAMEN MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION APPARENTE A LA PRATIQUE  
DU SQUASH**

(Page 3 sur 5)

**RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES CONCERNANT LES JEUNES FILLES**

- A quel âge avez-vous été réglée.....
- Avez-vous un cycle régulier ?  Non .....  Oui
- Avez-vous des périodes d'aménorrhée ?  Non .....  Oui
- Combien de grossesses avez-vous eu ? .....
- Prenez-vous un traitement hormonal ?  Non .....  Oui
- Prenez-vous une contraception orale ?  Non .....  Oui
- Consommez-vous régulièrement des produits laitiers ?  Non .....  Oui Suivez-vous un régime alimentaire ?  Non .....  Oui
- Dans votre famille, y a t'il des cas d'ostéoporose ?  Non .....  Oui
- Avez-vous une affection endocrinienne ?  Non .....  Oui  
Si Oui, laquelle ? .....
- Combien effectuez-vous d'heures d'entraînement par semaine ? .....

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

Nom & Prénom : ..... Date : ..... Signature :

**2 – Fiche d'examen médical de Non contre-indication apparente à la pratique du Squash**

Document à conserver par le médecin examinateur et par le médecin Fédéral de la FFSquash.

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Tel : ..... Date de naissance : ..... Age : .....

Club ou structure : ..... Discipline pratiquée : Squash

Niveau de pratique ..... Titres ou classement .....

Heures d'activités physiques par semaine: .....

Scolarité ..... Objectifs sportifs .....

**CARNET DE SANTE présenté : Oui – Non**

**SAISON PRECEDENTE**

Maladies : ..... Traitements : .....

Traumatismes : .....

Période(s) d'arrêt : .....

Vaccinations : DTPC ou autre .....

HB ..... AUTRES .....

**VISION** OD ..... OG ..... Corrections : ..... lunettes ..... lentilles

**FICHE D'EXAMEN MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION APPARENTE A LA PRATIQUE  
DU SQUASH**

(Page 4 sur 5)

**MORPHOLOGIE**

Taille : ..... Poids : ..... IMC : .....  
Stade pubertaire : ..... N cycles/an .....  
RACHIS : S fonctionnels : ..... Cyphose : ..... Scoliose : ..... Lordose : .....  
DDS : ..... Lasègue actif : ..... Talon-fesse en procubitus : .....  
Membres supérieurs : .....  
Membres inférieurs : .....  
Etat musculaire : .....  
Etat tendineux : .....  
Signes fonctionnels ostéo-articulaires : .....

**APPAREIL CARDIOVASCULAIRE**

Recherche d'un souffle cardiaque (position couchée et debout) :  
Palpations des fémorales :  
Signes cliniques de syndrome de Marfan :  
Mesure de la Pression artérielle aux deux bras (position assise) :  
Facteurs de risque : .....  
Signes fonctionnels : .....  
ECG si nécessaire : (résultat à joindre) .....  
Test d'effort si nécessaire : (résultat à joindre) .....

**APPAREIL RESPIRATOIRE**

Perméabilité nasale : .....  
Auscultation : ..... Asthme : .....

**ETAT DENTAIRE ET ORL** .....

**BILAN PSYCHOLOGIQUE :**

**OBERVATIONS-CONCLUSION**

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

Annexe 1 : Liste des pièces à fournir

Pièces à fournir		
1- Le questionnaire complété		
2- Un électrocardiogramme d'effort (1)		
3- Une échographie cardiaque (1)		
4- Un électrocardiogramme standardisé de repos avec compte rendu médical		

(1) Pièces à fournir uniquement lors de la première demande

---

## CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION APPARENTE A LA PRATIQUE DU SQUASH

---

Madame/Monsieur \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Licence n° : \_\_\_\_\_

Ne présente pas de contre-indication apparente à la pratique du squash en compétition

Certificat délivré pour la saison sportive : \_\_\_\_\_

Contre-indication temporaire : Aucune

Bilan complémentaire demandé : Aucun

---

Surclassement autorisé en double surclassement (validité jusqu'au 31/08 de la saison en cours).

Certificat délivré le \_\_\_\_\_ Par le Docteur \_\_\_\_\_

Fait pour faire valoir ce que de droit.

**Signature du médecin  
ET cachet du centre de Médecine du Sport**