



**CERTIFICAT MEDICAL OFFICIEL**  
pour la pratique en compétition des sportifs âgés de **40 ans et plus**

Ce certificat doit être rempli **exclusivement de la main du médecin** qui examine le futur licencié  
**sans surcharge ni rature**

Je soussigné, Docteur ..... **certifie avoir examiné ce jour,**

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... Sexe :  Masculin  Féminin

Adresse : .....  
.....

**ATCD :** - Médicaux  
- Chirurgicaux  
- Traumatologie sportive

**Signes fonctionnels :** - Poids (kg)  - Taille (cm)  - TA (mm Hg)   
- Vaccins - Hygiène de vie

**Examen clinique général :** - Articulaire  
- Cardio-vasculaire

**ECG de repos :**

- Fc de repos en Décubitus Dorsal  /mm - Rythme sinusal :  
- Onde P - SV1V2 - IC =  $\frac{SV1 + SV2}{2RV6}$   
- PR - RV5V6 - Sokolow RV5 + SV1 =  
- QRS - Axe QRS

**Indice de Ruffler Dickson**   
(avec ECG) :

30 flexions de jambes complètes en 45 secondes - IRD =  $\frac{(PI - 70) + 2 (P2 - PO)}{10}$

PO : pouls au repos en Décubitus Dorsal  
P1 : pouls après l'effort  
P2 : pouls après 1 minute de récupération en DD

de 3 à 6 = Bon
de 6 à 9 = Moyen
plus de 9 = Faible

**Bilan sanguin :** NFS, Créatinine, Triglycérides, Glycémie à jeun

**Examen urinaire :** Protéinurie, Glycosurie (facultatif)

**Examen complémentaire** (non obligatoire systématiquement) : ECG d'effort maximal

**et n'avoir constaté AUCUNE CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE SPORTIVE DE COMPETITION en :**

--	--	--

Date et cachet : .....

Signature,