

# Centre de Haut Niveau de Mons

## DOSSIER MEDICAL

Confidentiel

Discipline : GAF  GAM

Nom – Prénom : .....

Date entrée : ...../...../.....

Date sortie : ...../...../.....

Club : .....

## SIGNALETIQUE ET ANTECEDENTS MEDICAUX (A remplir par les parents)

GYMNASTE	
Nom	
Prénom	
Date de Naissance	
Nationalité	

PARENTS	Nom – Prénom :	Nom – Prénom :
Tel de contact		
Adresse @		
GYMNASTE		
Tel de contact		
Adresse @		

Adresse postale de contact :	Nom – Prénom - Adresse :
------------------------------	--------------------------

<b>Informations :</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les examens médicaux nécessaires à l’instruction du dossier de demande d’admission en structure de Haut Niveau peuvent être réalisés chez un médecin du sport ou chez votre médecin de famille.</li> <li>- Le département médical du CHN peut demander des examens complémentaires qui devront être effectués chez un spécialiste.</li> <li>- Le département médical du CHN proposera un suivi pour les gymnastes intégrés à la structure.</li> <li>- Veuillez apporter le présent document complété lors de l’examen initial au CHN ainsi que tous les documents de santé nécessaires.</li> <li>- <b>Titres orange</b> : À remplir par les <b>parents</b></li> <li>- <b>Titre bleu clair</b> : À remplir par le/la <b>gymnaste</b></li> <li>- <b>Titres bleu</b> : À remplir par le <b>médecin</b></li> </ul>

## ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX (A remplir par les parents)

(Parents, frères/sœurs, grands-parents et oncles/tantes)

**Cocher la case si nécessaire**

Cas de mort subite	<input type="checkbox"/>
Hypertension	<input type="checkbox"/>
Hypercholestérolémie	<input type="checkbox"/>
Troubles cardiaques <50ans	<input type="checkbox"/>
Troubles rénaux	<input type="checkbox"/>
Diabète I ou diabète II	<input type="checkbox"/>
Pathologie autre	<input type="checkbox"/>

.....

## ANTÉCÉDENTS GYMNASTE (A remplir par les parents)

**Entourez la bonne info et ou complétez si besoin**

Maladies dont le/la gymnaste a souffert	- Asthme - Epilepsie - Diabète I ou II - Hépatite - Rhumatisme articulaire aigu	- Bronchite - Pneumonie - Pleurésie - - Tuberculose - Scarlatine - Otite - Rougeole - Varicelle - Diphtérie - Angine - Maladie rénales
Si autres veuillez préciser :		
Allergies connues ou/et intolérance alimentaire	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Précisez :
Traitement actuel	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Précisez :
Traitement en cours (précisez : traitement médical, médicaments, kinésithérapie, psychologue, etc.)	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Précisez :

Ophtalmologie (besoins particuliers)	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Précisez :
Pour les gymnastes Féminines : réglées	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>

Interventions chirurgicales antérieures	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Précisez localisation et date :
Fractures	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Précisez localisation et date :
Trauma rachis cervical	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Précision et date :
Scoliose	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Précisez: (Angle de Cobb)
Tendinopathie	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Périostite Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Lésion tendineuse Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>
Spondylolyse / Spondylolisthesis	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Fracture de stress Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Œdème osseux Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>
Maladie de Sever	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Osgood Schlatter Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Hyperlaxité Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>
Lésion Musculaire Ligamentaire	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Précisez localisation et date :
Luxation	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Précisez localisation et date :
Entorse	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Précisez localisation et date :

Douleurs persistantes	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Précisez localisation et date :
Régime alimentaire particulier	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Précisez :
Dernière Radio	Date et cause :	
Dernière IRM	Date et cause :	

### *Récupération Passive*

Nombre d'heures de Sommeil	..... h .....	
Suffisant	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>
Sommeil agité ?	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>
Insomnie	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>
Sommeil réparateur ?	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>

*Remarques particulières de la famille sur la santé de son enfant :*

## AUTOTISATION PARENTALE – INTERNES (A remplir par les parents)

Nom-Prénom : .....

Parent de : .....

*Je donne mon autorisation :*

- Pour qu'on administre au pratiquant les soins d'urgence et qu'on le transfère à l'hôpital si nécessaire.

Oui  / Non

- Pour qu'on administre les médicaments génériques listés ci-dessous au pratiquant si nécessaire (*liste adaptable en cours d'année*)

Oui  / Non

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

Les médicaments sur prescription ne seront donnés par les éducateurs que si la prescription (ou sa copie) est jointe au médicament.

Date :

Signature :

Ce document concerne les gymnastes qui seront intégrés au CHN en régime Interne

*Conformément à la loi Vie Privée sur le traitement des données à caractère personnel, la FfG s'engage à ne pas communiquer de données personnelles sans consentement préalable, ni à les utiliser à des fins marketing. Vous pouvez consulter ces données à tout moment et devez communiquer tout changement dans les plus brefs délais.*

## AUTO ÉVALUATION DU GYMNASTE (A remplir par le gymnaste)

<b>Mes agrès</b> (coche la bonne case)					
	<b>Je déteste</b>	<b>Je n'aime pas</b>	<b>Variable</b>	<b>J'aime bien</b>	<b>J'adore</b>
La compétition					
Trampoline					
Préparation physique					
Souplesse					
L'entraînement					
Faire des efforts					
Faire des stages					
Communiquer avec l'entraîneur					
Faire de la gym					
Faire du sport					
L'école					
Étudier					

### **GAM**

Sol					
Arçons					
Anneaux					
Saut					
B. parallèles					
B. fixe					

### **GAF**

Saut					
B. asymétriques					
Poutre					
Sol					

## EXAMEN MEDICAL D'APTITUDE CHN (A remplir par le médecin)

Bilan biométrique					
Taille debout	.....cm	Masse Grasse	.....%	Plis Cutanés	
				Bicipital	..... mm
				Tricipital	..... mm
				Sous scapulaire	..... mm
				Supra iliaque	..... mm
				Quadriceps	..... mm
Jumeaux	..... mm				
Poids	.....kg	Masse Maigre	.....kg	Somme	.....
Stade pubertaire	...../5	Vitesse de croissance	.....cm	IMC	.....

Examen de l'appareil locomoteur							
Coudes	Valgus >10°		Recurvatum			Symétriques	
Épaules	Position épaules						
	Mouvement omoplates						
	Mobilité articulation	Flexion :	Extension :	Rotation interne :	Rotation externe :		
	Longueur des muscles pectoraux	Grands pectoraux :			Petits pectoraux :		
Hanches	Mobilité articulation	Flexion :	Extension :	Rotation interne :	Rotation externe :	Abduction :	Adduction :
Genoux	Recurvatum		Varum		Valgum		
	Position de la rotule						
	Longueur des muscles :	Quadriceps :		Ischio-jambiers :		Psoas :	
Pieds	Pes planus		Pes cavus			Symétriques	
	Mouvements des pieds						

Rachis	Hyperlordose lombaire		Hyperlordose dorsale		Attitude scoliotique	
	Mouvements du dos					
	Scoliose	°angle de Cobb		Autre		

### Souplesse

Harmonieuse et symétrique :

Asymétrique		Ceinture scapulaire		Ceinture pelvienne	
Déficitaire		Ceinture scapulaire		Ceinture pelvienne	
Rachis		Précisez :			

### Test d'hypertension du rachis dorso lombaire en décubitus ventral à 90°

Indolore		Douloureux	
----------	--	------------	--

### Résultats d'examens complémentaires :

## CONCLUSION (A remplir par le médecin)

Apte à entrer en filière de Haut Niveau			
Avec Réserve	<input type="checkbox"/>	Sans réserve	<input type="checkbox"/>

Contre-indication à entrer en filière de Haut Niveau			
Temporaire	<input type="checkbox"/>	Définitive	<input type="checkbox"/>

Commentaires :

Fait à : ..... Le : ...../...../.....

Signature et Cachet du médecin FfG :