



CERTIFICAT MEDICAL

Special Olympics Luxembourg
3, route d'Arlon
L-8009 Strassen

Tél. : 40 77 22

Email : info@specialolympics.lu

1.0 Informations générales:

1.1 Nom : _____ 1.2 Prénom: _____

1.3 Sexe : _____ 1.4 Date de naissance: _____

1.5 Groupe sanguin : _____ 1.6 Facteur rhésus : _____

Trisomie Autisme Epilepsie Diabète

Infections contagieuses récentes oui non

Allergies :

Latex Médicaments Morsures / Piqûres d'insectes Aliments

Allergies sur quels médicaments / aliments : _____

2.0 Sécurité Sociale:

2.1 Caisse de maladie: _____ 2.2 Matricule: _____

3.0 Sports pratiqués:

Athlétisme Basketball Bocce Football

Gymnastique Laftreff Natation Rehazenter Natation Colmarberg

Tennis de Table Tennis General Rehazenter General Reuler

General Ettelbruck Ski Stockschiessen General Mersch

Powerlifting

4.0 Médicaments

Médicaments	Dosage	Fois par	Médicaments	Dosage	Fois par

5.0 Examen médical :

Taille : _____ m Poids : _____ kg Pouls : _____ Pression artérielle : _____

Rythme cardiaque : régulier irrégulier

Poumons: dégagés encombrés

Hépatomégalie Splénomégalie

Problème cardiaque Hémorragies, troubles de coagulation

Problèmes pulmonaires Asthme Problèmes rénaux

Problèmes de l'appareil locomoteur

Si OUI, lesquels ? _____

Lunettes ou lentilles Appareil auditif Prothèse dentaire

Appareil d'orthopédique Pacemaker Inhalateur

Problèmes émotionnels Problèmes de la thermorégulation

Problèmes d'hernies

Si OUI, lesquels ? _____

6.0 Instabilité Atloïdo-Axoïdienne :

L'athlète ne montre **AUCUN SIGNE** de symptômes neurologiques ou signes physiques lié à la compression de la moelle épinière ou l'instabilité atloïdo-axoïdienne

7.0 Conclusions :

L'athlète _____ est apte à participer aux activités sportives de

Special Olympics Luxembourg : oui non

Restrictions ? oui non

Si Oui, lesquelles ? _____

Contre-indications ? oui non

Si Oui, lesquelles ? _____

8.0 Médecin traitant :

Nom et Prénom : _____ Téléphone : _____

Adresse : _____

Email : _____

Date : _____ Signature : _____

Les points 1-4 sont à remplir par les parents ou les responsables des foyers. Les points 5-8 sont à remplir par le médecin traitant.