



# CERTIFICAT MEDICAL

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

Tel./Phone: 40 77 22  
Email : info@specialolympics.lu

## 1.0 Informations générales / General Information:

1.1 Nom/Last name : \_\_\_\_\_

1.2 Prénom/First name : \_\_\_\_\_

1.3 Adresse/Address: \_\_\_\_\_

1.4 Sexe/Gender: \_\_\_\_\_ 1.5 Date de naissance/Date of birth: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

1.6 Personne à contacter en cas d'urgence/Contact person in case of Emergency

Nom et Prénom/Last and First name: \_\_\_\_\_

Tel./Phone: \_\_\_\_\_

1.7 Groupe sanguin/Blood group & Facteur rhésus/Rhesus factor : \_\_\_\_\_

Trisomie/Down Syndrome  Autisme/Autism  Paralysie cérébrale/Cerebral Palsy

Syndrome d'alcoolisation fœtal/Fetal Alcohol Syndrome  Autres/Other \_\_\_\_\_

### Allergies/Allergy:

Médicaments/Medication  Aliments/food

Quels/Which médicaments ou aliments : \_\_\_\_\_

Piqûres d'insectes/Insect bite  Latex  \_\_\_\_\_

### 1a. Vaccins / vaccination :

Covid-19 doses : \_\_\_\_\_ Date de la dernière/Date of last one : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Tetanus si oui/if yes Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  Polio

## 2.0 Sécurité Sociale / Social insurance :

2.1 Caisse de maladie/Health insurance : \_\_\_\_\_ 2.2 Matricule/Register: \_\_\_\_\_

## 3.0 Entraînements SOL pratiqués (avec précision du lieu) / SOL Training (with location):

- Natation/Swimming (loc: \_\_\_\_\_)  Tennis  Basketball  Vélo/Cycling  
 Athlétisme/Athletics (loc: \_\_\_\_\_)  Boccia  Football  Stickshooting  
 Tennis de table/table tennis  Ski  Laftreff  Général (loc: \_\_\_\_\_)  
 \_\_\_\_\_

## 4.0 Médicaments / Medication :

Médicaments/Medication	Dosage/ Dosing	Fois par jour/ Times per day	Médicaments/Medication	Dosage/ Dosing	Fois par jour/ Times per day

### 5.0 Examen médical / Medical exam:

Taille/Size: \_\_\_\_\_ m Poids/Weight: \_\_\_\_\_ kg

Pouls/Pulse: \_\_\_\_\_ Pression artérielle/blood pressure: \_\_\_\_\_

Epilepsie/Epilepsy  Diabète/Diabetes

Infections contagieuses récentes/recent Contagious infection  oui/yes  non/no

Rythme cardiaque/Rhythm of heart:  régulier/regular  irrégulier/irregular

Poumons/Lungs:  dégagés/clear  encombrés/not clear

Hépatomégalie/Hepatomegaly  Splénomégalie/Splenomegaly  Asthme/Asthma

Problème cardiaque/Heart issues  Hémorragies/Bleeding problems

Problèmes pulmonaires/Lungs issues  Problèmes rénaux/Kidney problems

Si Oui, lesquels/If yes, which one? \_\_\_\_\_

Problèmes de la thermorégulation / Thermoregulation  Problèmes appareil locomoteur/musculoskeletal disorders

Problèmes d'hernies/Bulges issues  Problèmes émotionnels/emotional issues

Si Oui, lesquels/If yes, which one? \_\_\_\_\_

Problèmes de la santé mentale/Mental Health issues: \_\_\_\_\_

Lunettes ou lentilles/Glasses or lenses  Appareil auditif/Hearing device  Pacemaker

Appareil d'orthopédie/Brace  Prothèse dentaire/Denture  Inhalateur/Inhaler

Déambulateur/Walking aid  Colostomie/Colostomy  PPC/C-PAP machine

### 6.0 Instabilité Atloïdo-Axoïdienne / Atlantoaxial instability:

L'athlète ne montre **AUCUN SIGNE** de symptômes neurologiques ou de signes physiques liés à la compression de la moelle épinière ou à une instabilité atloïdo-axoïdienne (radiographie)/  
The athlete doesn't show **ANY SIGN** of neurological symptoms or physical signs due to a spinal cord compression or atlantoaxial instability (X-Ray).

### 7.0 Conclusion:

L'athlète/Athlete \_\_\_\_\_ est apte à participer aux activités sportives de /is able to participate at sport activities from Special Olympics Luxembourg:  oui/yes  non/no

Restrictions/Restrictions?  oui/yes  non/no

Si Oui, lesquelles/If yes, which one? \_\_\_\_\_

Contre-indications/Contraindication?  oui/yes  non/no

Si Oui, lesquelles/If yes, which one? \_\_\_\_\_

### 8.0 Médecin traitant / Physician:

Nom et Prénom/Last and First name: \_\_\_\_\_

Téléphone/Phone: \_\_\_\_\_

Adresse/Address: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_

Les points 1-4 sont à remplir par les parents ou les responsables des foyers.  
Point 1 to 4 need to be completed by parents or responsible party from foyer.

Les points 5-8 sont à remplir par le médecin traitant.  
Point 5 to 8 need to be completed by physician.

Ces informations sont traitées avec le strict respect des règles de la protection des données et du secret médical et uniquement destinées à un usage interne de SOL. These information are treated with utmost respect and are intended for internal use of SOL only.