



# DOSSIER MEDICAL PREALABLE A LA PRATIQUE DU FUTSAL

Saison sportive 2025 – 2026)

JOUEUR(SE):

NOM: \_\_\_\_\_ PRENOM(S): \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE: /\_\_ /\_\_ //\_\_ /\_\_ //\_\_ /\_\_ /\_\_ /\_\_ /\_\_ (JOUR/MOIS /ANNEE)

SEXE: M:  F:

CLUB : \_\_\_\_\_

LIGUE: \_\_\_\_\_

## 1. CARACTERISTIQUES

Poste  gardien de but  défenseur  
 milieu  attaquant  
 Latéralisation  gaucher  droitier  Les 2 pieds

Nombre de matches disputés ces 12 derniers mois: /\_\_ /\_\_ /\_\_ /\_\_

NOM : \_\_\_\_\_ PRENOM(S) : \_\_\_\_\_

## 2. ANTECEDENTS MEDICAUX:

### ANTECEDENTS PERSONNELS:

.....  
.....

### ANTECEDENTS FAMILIAUX(PARENTS HOMMES DE MOINS DE 55ANS,PARENTS FEMMES DE MOINS DE 65 ANS)

.....  
.....

### PRESCRIPTION MEDICALE COURANTE DE CES 12 DERNIERS MOIS

.....  
.....

## 3. EXAMEN PHYSIQUE GENERAL

Taille : /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/cm    Poids: /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/kg    BMI: /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/

### Examen bucco-dentaire

.....  
.....

### Poumons:

.....  
.....

### Abdomen

.....  
.....

### Examen Orthopédique

.....  
.....

### Port d'appareil médico-chirurgical:

.....  
.....

### Symptômes du syndrome de Marfan :Si Oui Précisez

.....  
.....

## 4. SYSTEME CARDIOVASCULAIRE

.....  
.....

Pouls après 5 minutes de repos : /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/min

Pression artérielle en position allongée sur le dos après 5 minutes de repos

Bras droit : /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/ /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/ mmHg

Bras gauche /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/ /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/ mmHg

NOM : \_\_\_\_\_ PRENOM(S) : \_\_\_\_\_

### ECG12ELECTRODES

- EN POSITION ALLONGEE SUR LE DOS APRES 5 MINUTES DE REPOS  
«Joindre une copie au contrôle»

Résumé de l'analyse de l'ECG :  normal  anormal

Si Anormal, précisez :

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

### ECHOCARDIOGRAPHIE INITIALE:

Effectuée le : / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ /

Résumé de l'échocardiographie «Joindre copie du résultat au contrôle»

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

**NB:**

- L'examen Echocardiographie initiale est obligatoire quelque soit l'âge des joueurs.
- Doit être Renouvelée dès l'âge de 20 ans révolus.

### 5. AUTRES PATHOLOGIES : Si Oui , précisez

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

### 6. BILAN SANGUIN:

«Joindre les documents signés par le service accrédité»

1. Groupe Sanguin,
2. FNS avec taux des réticulocytes.
3. Créatinémie,
4. Urée Sanguine
5. Glycémie à jeun.
6. Autres si nécessaire:

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

## 7. RESUME DE L'EVALUATION

Suspicion de pathologie cardiaque

Non  oui, précisez : \_\_\_\_\_

Autres pathologies

Non  oui, précisez : \_\_\_\_\_

LE(A) JOUEUR(SE) CITE(E) CI-DESSOUS: SAISON SPORTIVE: 2025/2026

NOM ET PRENOM: \_\_\_\_\_

APTE A LA PRATIQUE DU FOOTBALL EN SALLE:

Oui  Non

## 8. MEDECIN EXAMINATEUR ET INSTITUTION

Nom et Prénom du Médecin: \_\_\_\_\_

N° inscription à l'ordre des médecins: / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /

Structure d'exercice : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

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

Date: \_\_\_\_\_ Griffe et Signature : \_\_\_\_\_