

Nom : Prénom : Né(e) le

Discipline :

Saison précédente : Nb d'heures par semaine : Nb de séances/ semaine :

A compléter par le gymnaste ou ses parents (en laissant les items incompris à remplir avec le médecin)

**ATCD Familiaux : (Rayer les éléments si réponse négative, cocher les cases si réponse positive)**

Pas de mort subite   
 Pas de pathologie cardiovasculaire < 50ans   
 Autres :

**ATCD personnels : (Rayer les éléments si réponse négative, cocher les cases si réponse positive)**

Médicaux : *fracture plateau tibial gauche (orthopédique)* Anaphylaxie   
 Asthme   
 COVID 19 confirmé

Chirurgicaux : \_\_\_\_\_

Traumatologiques : \_\_\_\_\_

Séquelles fonctionnelles   
 Pathologie rachidienne   
 Précisez :

Imagerie du rachis : Rx  IRM  (si oui, date:.....)

Gynécologie : 1ères règles > 16ans  ; cycles irréguliers  ; période d'aménorrhée > 3mois  ; Douleurs menstruelles  ;  
 Prise de poids fatigue avant les menstruations  ; Fuites urinaires à l'effort (même rares ou minimes)

**Traitement actuel** : \_\_\_\_\_

Pas d'AUT demandé   
 AUT accepté :  Date de fin de validité :

En cas de traitement, vérifier si besoin d'AUT  
 Aucun

Prise de : Vitamine D  (si oui posologie : *1000000U*)  
 Fer   
 autre :

Vaccins Obligatoires à jour :

Prise de compléments alimentaires : Oui  Non   
 Si oui, lesquels : *oméga 3*

**Mode de vie** :

Sommeil : de .....h à .....h Pas de troubles du sommeil

Cocher si Aucune ou préciser la fréquence si consommation occasionnelle ou régulière :

Consommation	Aucune	Occasionnel	Régulier
Tabagisme	<input checked="" type="checkbox"/>		
Cannabis	<input checked="" type="checkbox"/>		
Alcool		<input checked="" type="checkbox"/>	

Je soussigné (parent ou tuteur pour les mineurs) certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.  
 Nom : Prénom : signature

Nom : LAMBERT

Prénom : Jehannan

 Doléances actuelles :  
 Aucune 

 Signes de COVID ou syndrome post COVID 

 Saison actuelle : Aménagement des entraînements   
 si oui durée (cumulée) : Motif :

Poids : 71 kg Taille : 163 cm Masse Grasse : %

TA (Droite)	138	mmHg	FC	63	63	bpm
TA (Gauche)	68	mmHg	Saturation (repos)		98	%

**Examen cardiologique :**

 Pas de Souffle 

 Pas de Signes de Marfan 

 ECG date... 02/12/21 Normal  Anomalies mineures  Anomalies majeures  si oui, préciser :

**Examen de l'appareil locomoteur :**

 Rachis Hyperlordose Lombaire  Hypercyphose dorsale 

Distance main sol... 0.....cm:

 Test d'hyperextension du rachis dorso lombaire en décubitus ventral (à 90°): indolore  douloureux 

Palpation / Testing / Diagnostics / Ex complémentaires demandés

 Pas de signe d'ostéochondrose 

 Pas de signes de tendinopathie 

 Pas de lyse isthmique connue ou suspectée 

 Gynécologie : Aménorrhée primaire  Date de la ménarche : .....

 Fuites urinaires à l'effort (même rares ou minimes)  troubles menstruels  Contraception Orale  Consultation spécialisée souhaitée 

Reste de l'examen (Pneumo, abdominal, ORL, Neuro...):

Examens SMR	Questionnaire Surentrainement	Evaluation diététique	Vit D (facultatif)	Bilan psychologique	Sérologie COVID
Date			02/12/21		
Anomalie(s)/résultat	NF	NF	laupale	NF	NF

Conclusions : Date : .....

Signature et cachet :

Tel et E-mail du médecin :

 Apte à la poursuite du haut niveau  Contre indication Temporaire   
 Avis réservé sur la poursuite du haut niveau, avis du médecin fédéral demandé   
 Examens complémentaires demandés  .....

**Docteur Marc ROZENBLAT**  
 Médecine du Sport  
 Médecine Manuelle-Ostéopathie  
 32 ter Av du Général Leclerc  
 77330 OZOIR LA FERRIERE  
 Tél: 01 64 40 10 10  
 www.rozenblat-marc.fr  
 77.1.03780.1 pp 1002002 080

Camille BOUVAIS  
 Médecin remplaçante  
 10101676434



SMR 2020-2021

2021-2022

A compléter et  
à télécharger dans votre espace **personnel EliteGym**

### CERTIFICAT MEDICAL ELITE

(Rédigé par le médecin du sport après avoir complété le dossier médical dit « élite »)

Je soussigné Dr BOUVRAIS Camille

Certifie avoir examiné et complété le dossier médical « Elite » de

M. / Mme :

Nom LAMBERT Prénom Johanna Date de naissance 05/05/2001

L'examen n'a pas révélé de contre indication à la pratique de la gymnastique «Elite» pour la discipline  
gymnique suivante : général

Certificat valable **1 an**, au cours de la saison sportive 2020-2021

Signature du Médecin ayant effectué l'examen médical et établi le dossier médical « ELITE »

Date : 02/12/21 Cachet professionnel et Signature :

**Docteur Marc ROZENHAT**  
Médecine du Sport  
Médecine Manuelle-Ostéopathie  
32 ter Av du Général Leclerc  
77330 OZOIR LA FERRIERE  
Tél: 01 64 40 30 10  
[www.rozenhat-marc.fr](http://www.rozenhat-marc.fr)  
77-1-93780-1 n°ps: 1000000001

  
Dr. Camille BOUVRAIS  
Médecin remplaçant  
RPPS : 10101676434

Sebastien Lambert

## Compte rendu de lecture de l'ECG



### Patient

Nom Sebastien Lambert  
Identification du patient ISP132174  
Date de naissance 05/05/2001  
Sexe Homme  
Taille Pas de donnée  
Poids Pas de donnée

### Médecin

Médecin du patient Dr Marc ROZENBLAT  
Centre de lecture GEAT  
PRENOM NOM - NOM DE LA CLINIQUE

### Enregistrement

2021-12-02, 14:21:33, 10 Secondes  
Fréquence cardiaque min. 59 /min  
Fréq. cardiaque moyenne 62 /min  
Fréquence cardiaque max. 67 /min

### Lecture

Rythme Rythme sinusal  
Extrasystole Aucune  
Axe 30° < Axe < 60°  
Onde P Normal  
Intervalle PR Normal  
Onde Q Normal  
QRS Normal  
Intervalle QTc Normal  
Segment ST ST Isoélectrique  
Onde T Normal  
Hypertrophie Aucune

### Mesure de l'ECG

Dérivation I  
Mesure de la position 0 s  
Fréquence cardiaque 62 /min  
Intervalle PQ/PR 136 ms  
Intervalle QRS 112 ms  
Intervalle QT 428 ms  
QTc (Bazett) 436 ms

### Commentaires

Tracé® ECG sans particularité®



