

## FICHE D'INFORMATIONS A CARACTERE MEDICAL CANDIDATURE 2025/2026

Dans le cadre d'une éventuelle intégration, nous avons besoin de renseignements médicaux afin que le médecin puisse valider la candidature au CREPS et demander, au besoin, des examens et données complémentaires.

Ce document est destiné au médecin du CREPS, il est très important pour la prise en charge du sportif et doit être rempli avec attention.

Merci de le renvoyer soit par mail au service médical ([medical.antibes@creps-paca.sports.gouv.fr](mailto:medical.antibes@creps-paca.sports.gouv.fr)), soit sous pli confidentiel à l'attention du **Service médical CREPS PACA site d'Antibes, 50 avenue du 11 Novembre BP 47 06601 ANTIBES Cedex**

<b>NOM</b>		<b>PRENOM</b>				
Date de naissance		Sport concerné				
Date à laquelle a été complété ce questionnaire : ..... / ..... / .....						
<b>MORPHOLOGIE</b>						
Taille						
Poids						
<b>VIE SPORTIVE</b>						
Nombre d'entraînements par semaine actuellement	1	2	3	4	5 et +	
Autre(s) pratique(s) sportive(s)						

<b>SUIVI MEDICAL</b>			
Traitements médicaux en cours			
Allergies	OUI	NON	Type :  Traitement :
Vaccinations :	OUI	NON	<b><u>Merci de fournir une copie du carnet de vaccination</u></b>
- BCG	OUI	NON	
- DT Polio	OUI	NON	
- Hépatite B	OUI	NON	
- Coqueluche	OUI	NON	
- ROR	OUI	NON	
- Autres	OUI	NON	
Vaccination Covid ou infection :	OUI	NON	Date :

<b>SAISON PRECEDENTE</b>		
Maladies Si oui, précisez :	OUI	NON
Traumatismes Si oui, précisez :	OUI	NON
Arrêt sportif Si oui, précisez nombre et périodes :	OUI	NON
<b>CARDIOLOGIE</b>		
Antécédents familiaux cardiaques (mort subite, infarctus du myocarde, arythmie...) Si oui précisez :	OUI	NON
Symptômes cardiaques (douleur thoracique, palpitations, malaise, essoufflement anormal à l'effort) Si oui, précisez :	OUI	NON
Maladie congénitale Si oui, précisez :	OUI	NON
Pathologie cardiaque Si oui, précisez :	OUI	NON
<b>PNEUMOLOGIE</b>		
Problèmes pulmonaires ou respiratoires (asthme, essoufflement a l'effort...) Si oui, précisez :	OUI	NON

LOCOMOTEUR- TRAUMATOLOGIE		
Port de semelles orthopédiques	OUI	NON
Douleurs au dos	ANCIENNES	PRESENTES
Anomalie de courbure du rachis (cyphose, scoliose...) <i>Si oui, précisez :</i>	OUI	NON
Pathologies de croissance (Osgood, Sever...) <i>Si oui, précisez avec date :</i>	OUI	NON
Entorses (cheville, genou...) même minimales <i>Si oui, précisez localisation + fréquences + dates :</i>	OUI	NON
Blessures musculaires (claquage, élongation...) Blessures tendineuses <i>Si oui, précisez localisation + fréquences + dates :</i>	OUI	NON
<i>Pour chacune de vos blessures, merci de <b>nous fournir la totalité des comptes-rendus</b> de consultations médicales et/ou opératoires, de radiographies, d'IRM, de scanners, de scintigraphie etc...</i>		
ENDOCRINOLOGIE GYNECOLOGIE		
Date des 1ères règles ..... / ..... / .....		
Le cycle est-il régulier ?	OUI	NON
Traitement hormonal (pilule...) <i>Si oui, précisez :</i>	OUI	NON
Pathologie métabolique (thyroïde, diabète...) <i>Si oui, précisez :</i>	OUI	NON
<i>Antécédents familiaux :</i>		

<b>NEUROLOGIE-SENSORIEL</b>		
Antécédents familiaux Si oui, précisez :	OUI	NON
Traumatisme crânien -commotion cérébrale Si oui précisez date et circonstances :	OUI	NON
Vertiges-Troubles de l'équilibre Si oui précisez date et circonstances :	OUI	NON
Migraines-Maux de tête fréquents Si oui précisez date et circonstances :	OUI	NON
Troubles moteurs et/ou de la sensibilité Si oui précisez date et circonstances :	OUI	NON
Troubles auditifs Si oui précisez : .....  Port d'un appareillage : .....	OUI	NON
Troubles visuels  Port de lunettes, lentilles Si oui, précisez le trouble de la vue :  Date du dernier contrôle ophtalmologique ..... / ..... / .....	OUI	NON
<b>PSYCHIATRIE-PSYCHOLOGIE</b>		
Consultations et suivis Si oui, précisez :	OUI	NON
<b>DERMATOLOGIE</b>		
Problème cutané (allergies, eczéma, acné...) Si oui, précisez :	OUI	NON
Traitement passé ou actuel Si oui, précisez :	OUI	NON

<b>SPHERE BUCCALE et MAXILLO-FACIALE</b>		
Suivi bucco-dentaire <b>Date dernière consultation :</b> ..... / ..... / .....  Orthodontiste <b>Si oui, précisez :</b>	OUI	NON
Orthophoniste <b>Si oui, précisez :</b>	OUI	NON
<b>ANTECEDENTS CHIRURGICAUX :</b>		
Date(s) et type(s) d'intervention :		
<b>AUTRES ANTECEDENTS - RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES</b>		
Antécédents d'hospitalisation : <b>Si oui, précisez :</b>	OUI	NON
Maladies chroniques, problèmes familiaux, fatigue récurrente, difficultés d'adolescence, autres...) <b>Si oui, précisez:</b>	OUI	NON

Renvoyer soit

- par mail au service médical ([medical.antibes@creps-paca.sports.gouv.fr](mailto:medical.antibes@creps-paca.sports.gouv.fr)),
- sous pli confidentiel à l'attention du service médical CREPS PACA site d'Antibes, 50 avenue du 11 Novembre BP 47 06601 ANTIBES Cedex