



FICHE MEDICALE SIMPLE SURCLASSEMENT UGSEL

IDENTITE

NOM, Prénom		Sport pratiqué	
Date de naissance		Catégorie	
Adresse		Nb d'années de pratique	
		Club	

EXAMEN DE REPOS

<u>MORPHOMETRIE</u>		Fréquence cardiaque	
Poids		Tension artérielle	
Taille		Auscultation	
Pli cutané sous scapulaire (1/10° mm)		Tracé ECG (joindre le tracé)	
Poids idéal (PI = PR – pli cutané – 70)/(20/taille cm)		<u>SPIROMETRIE</u>	
Distance main/sol		Capacité vitale (l)	
podoscopie		Volume expiratoire maximal/seconde	

EXAMEN D'EFFORT

Sur bicyclette ergonomique pour une puissance de 2 watts/kg pendant 5 minutes	
Fréquence cardiaque	
Tension artérielle	
I.B.A. (FcMaxth – Fc2wats/kg)(FcMaxth – FcRepos) ; FcMaxth = 220 – âge <small>selon formule de J. Bodelet</small>	
Récupération 1° minute	
Récupération 3° minute	
Récupération 5° minute	
DECISION MEDICALE	APTE INAPTE

DECISION DU MEDECIN REGIONAL UGSEL :





CERTIFICAT MEDICAL DE SURCLASSEMENT A LA PRATIQUE
DES SPORTS EN COMPETITION UGSEL

Je, soussigné(e),..... ,

médecin titulaire du CES de médecine du sport, ou médecin agréé
par la Fédération ou par l'UGSEL,

demeurant.....

certifie avoir examiné.....né(e) le/...../.....

demeurant.....

et avoir procédé aux examens prévus par la réglementation en
vigueur (ne pas hésiter à prendre contact avec l'UGSEL NATIONAL),

atteste qu'il (elle) est apte à pratiquer le sport :,
dans la catégorie immédiatement supérieure, en compétitions
scolaires UGSEL .

Fait à le

SIGNATURE ET CACHET DU MEDECIN