

# CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE A LA PRATIQUE DE MMA

## PROFESSIONNELLE

### **Antécédents médicaux**

- surdité
-  pilepsie
- coma/lésions cérébrales
- KO (Knock Out ) < 3mois
- amblyopie
- myopie > 3,5 dioptries
- Autres :

### **Antécédents chirurgicaux**

- chirurgie intraoculaire/réfractive
- fractures :
- autres :

### **Vaccinations obligatoires**

- VHB ,date :
- DTPolio, date :

### **Groupe sanguin Rh :**

### **ECG de repos et d'effort ( < 1an ) :**

### **Bilan bucco-dentaire ( < 1an ) :**

**Examen de laboratoire complet (analyse de sang + BU )de moins d'un an ,  
citez les anomalies :**

**Date de la dernière consultation ophtalmologique avec fond d' il ( < 2 ans ) :**

**Examen médical :**

Taille :

Poids :

Tension artérielle :

Fréquence cardiaque :

-au repos :

-30 flexions 45s :

-1minute de repos :

Cardiorespiratoire :

Neurologique :

Stomatologique-Dentition :

ORL (acuité auditive –perméabilité nasale) :

Abdominale et génito urinaire :

Appareil locomoteur :

Observations éventuelles :

Je soussigne Dr ..... docteur en médecine certifie que  
Mr/Melle/Mme .....né(e) le ../../.... ne présente aucune  
contre-indication à la pratique du MMA à Bâle lors des tournois HFC .

Délivré à .....

Le ../../....

Cachet du médecin

Signature du médecin