



Carnet de suivi Sport santé

Ce carnet est un outil de liaison entre vous et les différents professionnels (médecin, kinésithérapeute, cadre sportif...) impliqués tout au long de votre parcours en Activité Physique.

NOM PRÉNOM

DRAJES BRETAGNE ARS BRETAGNE

La structure qui va vous accompagner s'est engagée dans une démarche de qualité auprès de l'Agence Régionale de Santé, au travers de la « Charte Sport Santé Bien Etre ».

A ce titre, elle s'engage à :

- proposer une activité physique régulière, adaptée, sécurisée et progressive, qui s'inscrit dans la durée
- tester votre condition physique
- élaborer un programme adéquat
- évaluer à moyen terme les bénéfices attendus du programme :
 - > établir un bilan simple et pertinent pour les prescripteurs et les personnes,
 - > établir un dialogue entre les acteurs selon une périodicité adaptée à l'interlocuteur.

Coordonnées	
Nom	
Prénom	
Date de naissance	
Adresse	
Téléphone	
Mail	
Médecin traitant	
Médecin prescripteur	

Les bienfaits de l'Activité Physique



CŒUR-VAISSEAUX

Elle diminue le risque d'accident cardiaque et le risque d'accident vasculaire cérébral



POUMONS

Elle améliore la respiration et aide à l'arrêt du tabac



METABOLISME

Elle fait baisser le taux de sucre et de graisse dans le sang



MUSCLES-TENDONS-OS

Elle préserve les muscles et la souplesse des tendons
Elle diminue le risque d'ostéoporose



PSYCHISME

Elle diminue le stress
Elle améliore le moral et la confiance en soi



CANCER

Elle diminue le risque de cancer (sein, colon, poumon, utérus)

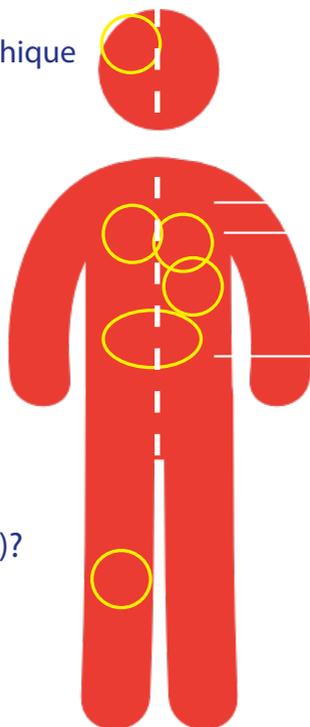


ÂGE

Elle augmente l'espérance de vie

Aidez-nous à prendre soin de vous

Problème psychique
ou mental ?



Coeur ?
Problème
respiratoire ?
Douleurs
lombaires ?

Articulation(s)?

«de face» «de dos»

Quel est votre principal problème physique /psychique ?

Douleur ou gêne à signaler :

Votre certificat médical

Je soussigné(e) :

Docteur en Médecine exerçant à :

Certifie avoir examiné ce jour M, Mme, Mlle :

Né(e) le :

et n'avoir pas constaté, à ce jour, de signes cliniques apparents contre-indiquant la pratique de l'activité physique et/ou sportive dans les disciplines souhaitées :

Précisions et recommandations médicales à l'attention des Educateurs Sportifs :

■ Types de mouvements limités en :

amplitude vitesse charge posture

■ Types d'effort limités sur le plan :

musculaire articulaire cardio-vasculaire respiratoire

■ Capacités à l'effort limitées en :

endurance résistance vitesse

■ Capacités incompatibles avec :

le milieu aquatique des conditions atmosphériques particulières

autre : -----

Autres précautions ou préconisations :

Certificat établi à la demande de l'intéressé et remis en main propre pour faire valoir ce que de droit.

Valable pour une durée d'un an à compter de ce jour.

Fait à :

le :

Cachet du médecin (obligatoire)

Signature du médecin

Les règles à respecter

(recommandations des cardiologues du sport)

- 1** - Je signale à mon médecin toute douleur dans la poitrine ou essoufflement anormal survenant à l'effort
- 2** - Je signale à mon médecin toute palpitation cardiaque survenant à l'effort ou juste après l'effort
- 3** - Je signale à mon médecin tout malaise survenant à l'effort ou juste après l'effort
- 4** - Je respecte toujours un échauffement et une récupération finale de 10 minutes lors de mes activités sportives
- 5** - Je bois 3 à 4 gorgées d'eau toutes les 30 minutes d'exercices lors de la séance
- 6** - J'évite les activités intenses par des températures extérieures – 5° ou + 30° et lors des pics de pollution
- 7** - Je ne fume jamais 1 heure avant ni 2 heures après une pratique sportive
- 8** - Je ne consomme jamais de substance dopante et j'évite l'automédication en général
- 9** - Je ne fais pas d'activité physique intense si j'ai de la fièvre, ni dans les 8 jours qui suivent un épisode grippal (fièvre + courbatures)
- 10** - Je réalise un bilan médical avant de reprendre une activité physique ou sportive intense si j'ai plus de 35 ans

Evaluation de votre condition physique

	TRIMESTRE 1	TRIMESTRE 2	TRIMESTRE 3
Taille			
Poids			
Périmètre abdominal			

Capacités Cardio-respiratoires	TRIMESTRE 1	TRIMESTRE 2	TRIMESTRE 3
Test 6 min marche			
Step test			
Test Navette			

Force	TRIMESTRE 1	TRIMESTRE 2	TRIMESTRE 3
Membre sup : test de préhension			
Membre inférieurs: assis-debout			
Gainage			

Souplesse	TRIMESTRE 1	TRIMESTRE 2	TRIMESTRE 3
Distance doigts-sol			
Epaules : croisement des mains dans le dos			

Equilibre	TRIMESTRE 1	TRIMESTRE 2	TRIMESTRE 3
Appui monopodal			
Marche sur une ligne			

Motricité générale	TRIMESTRE 1	TRIMESTRE 2	TRIMESTRE 3
Get up and go			

OBJECTIF(S) PERSONNEL(S)

Maintien de la condition physique

Reprise d'activité

Récupération spécifique après blessure

Autre

ORIENTATIONS

Bilan d'accompagnement en cours de cycle

DATE

Commentaires de l'éducateur sportif

Commentaires du médecin

Bilan d'accompagnement en cours de cycle

DATE

Commentaires de l'éducateur sportif

Commentaires du médecin

Commentaires du pratiquant :

Coordonnées des référents

Coordonnées du ou des médecins

--

Coordonnées de l'éducateur

--

Coordonnées de la structure sportive

--



Carnet de suivi Sport santé