



# 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



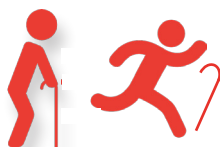
## PSYCHISME

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



## CANCER

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

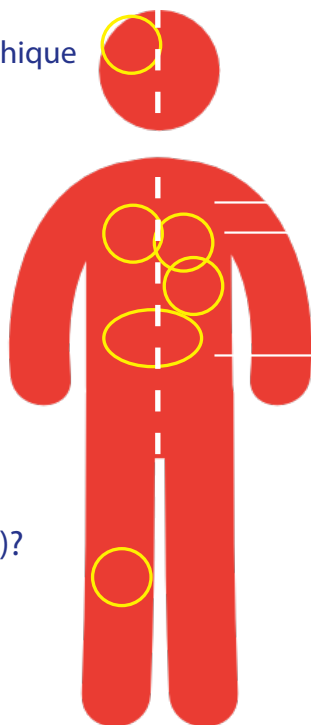


## ÂGE

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  $-5^{\circ}$  ou  $+30^{\circ}$  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

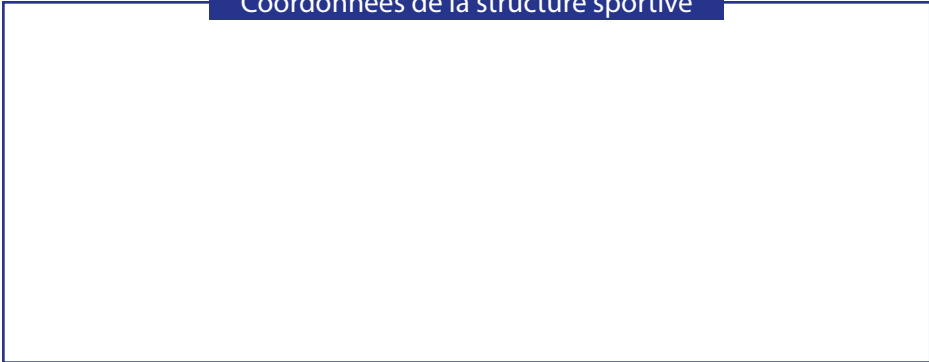
Coordonnées du ou des médecins



Coordonnées de l'éducateur



Coordonnées de la structure sportive





# Carnet de suivi Sport santé