FEDERATION FRANCAISE MOTONAUTIQUE
FICHE DE CONTROLE MEDICO-SPORTIF
(Il est obligatoire de joindre cette fiche à votre demande de licence sportive annuelle ou 72 heures)

Nom : .....Prénom : .....Date de naissance : ..... Taille :..... Poids : .....

Adresse :.....

Club du pilote présenté : .....

Groupe sanguin facteur RH :.....

Allergie : .....

Certaines maladies hémo-cardio-vasculaires (Hémophilie) le diabète (insulo dépendant) l'épilepsie – l'altération de la vision des couleurs, la vision monoculaire, la non intégrité de membres sont une cause d'incompatibilité éventuelle avec la compétition motonautique confirmé ou infirmé par la Commission médicale

APPAREIL CARDIO-VASCULAIRE

Auscultation : ..... E.C.G. – F 1 – F 2 conseillé tous les ans : .....
Test d'effort de RUFFIER-DICKSON

Compter les pulsations pendant 15 secondes et les traduire pendant 1 minute
Po : Pouls au repos – (1) : Pouls après 30 flexions en 45 secondes environ – (2) : Pouls 1 minute après l'exercice

TA		CALCUL DE L'INDICE	INDICE	Cochez la case correspondante
POULS		$\frac{P+P1+P2-200}{10}$	Entre 0 et 5 très bon	
Po		OU	De 5 à 10 bon	
(1) P1		$\frac{(P1-70)-P2-Po}{10}$	De 10 à 15 médiocre	
(1) P2			Au-dessus de 15 mauvais	

Prise de médicaments OUI NON lesquels :.....

APPAREIL RESPIRATOIRE

Etat de la cage thoracique ....Peak Flow : ....
Auscultation : ....

APPAREIL OSTEO-ARTICULAIRE ET MUSCULAIRE

Etat des membres supérieur droit : ....gauche : ....
Inférieur droit : ....gauche : ....
Appréciation de la musculature corporelle : .....prothèses éventuelles : .....

Port de lunettes ou de lentilles oui ☐ non ☐
(si port de lentilles, vous devrez être en possession d'une paire de lunettes en cas de perte d'une ou des deux lentilles pendant la manifestation)

SYSTEME NEUROLOGIQUE

Anomalies éventuelles : Parésie :..... .....Paralysie :.....

Le Médecin examinateur soussigné constate que M. ....ne présente pas de contre indication pour la pratique du sport motonautique en COMPETITION

Fait à : ....*le* .....
signature *cachet du Médecin (obligatoire)*

IMPORTANT : Toute omission volontaire ou non est sous votre entière responsabilité

☐ Demande avis de la Commission Médicale