

**FEDERATION FRANCAISE MOTONAUTIQUE**  
**FICHE DE CONTROLE MEDICO-SPORTIF 2010**

(Il est obligatoire de joindre cette fiche à votre demande de licence sportive annuelle ou 72 heures)

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... Taille : ..... Poids : ..... Groupe sanguin facteur RH : .....

Adresse : .....

Allergie : .....

Prise de médicaments :  NON  OUI => si OUI, sont-ils dans la liste des produits « dopants » ?  NON  OUI

Certaines maladies hémo-cardio-vasculaires (Hémophilie) le diabète (insulino dépendant) l'épilepsie, l'altération de la vision des couleurs, la vision monoculaire, la non intégrité de membres, ainsi que la prise de certains médicaments ou produits répertoriés dans la liste des produits « dopants » sont une cause d'incompatibilité éventuelle avec la compétition motonautique et doivent être signalés à la Commission médicale qui statuera sur présentation des ordonnances correspondantes en cas de traitement médical.

**APPAREIL CARDIO-VASCULAIRE :**

Auscultation : ..... TA : E.C.G. conseillé tous les ans pour les + 50 ans et/ou F1 – F2

**TEST DE RUFFIER-DICKSON (OBLIGATOIRE)**

TENSION ARTÉRIELLE		CALCUL DE L'INDICE RUFFIER	INDICE		Résultat dans la Case correspondante
POULS	RÉSULTATS	$\frac{Po + P1 + P2 - 200}{10}$	Entre 0 et 5	très bon	
<b>Po</b> <i>(au repos)</i>			De 5 à 10	bon	
<b>P1</b> <i>(après 30 flexions en 45 sec. environ)</i>			De 10 à 15	médiocre	
<b>P2</b> <i>(1 minute après l'exercice)</i>			Au dessus de 15	mauvais	

**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 : .....

**SYSTEME NEUROLOGIQUE :**

Anomalies éventuelles : Parésie : ..... Paralyse : .....

**OPHTALMOLOGIE :**

Port de lunettes ou de lentilles  NON  OUI  
*(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)*  
 Altération de la vision des couleurs, la vision monoculaire  NON  OUI

Le Médecin examinateur soussigné constate que (Nom/Prénom) .....

- Ne présente pas de contre indication pour la pratique du sport motonautique en COMPÉTITION
- Présente une contre indication médicale et demande l'avis de la Commission Médicale

Fait à : ..... le .....

**Signature**

**Cachet du Médecin (obligatoire)**