

Nom : ..... Prénom : .....

Masculin  Féminin  Date de naissance : ..... Taille: ..... Poids : .....

Adresse : .....

CP : ..... Ville : .....

Email : .....

Tél : ..... Profession : .....

Allergie : ..... Groupe sanguin facteur RH : .....

Prise de médicaments : NON  OUI  si OUI, sont-ils sur la liste des produits dopants ? NON  OUI

À REMPLIR PAR LE MÉDECIN UNIQUEMENT

APPAREIL CARDIO-VASCULAIRE Auscultation : ..... Tension Artérielle : ..... / .....

A partir de 50 ans E.C.G conseillé (à fournir ou compte-rendu), puis tous les 3 ans

TEST DE RUFFIER-DICKSON (obligatoire)		CALCUL DE L'INDICE RUFFIER	INDICE		Résultat dans la case correspondante
POULS	RESULTATS	$\frac{P0 + P1 + P2 - 200}{10}$	Entre 0 et 5	Très bon	
<b>P0</b> (au repos)			De 5 à 10	Bon	
<b>P1</b> (après 30 flexions en 45 secondes)			De 10 à 15	Médiocre	
<b>P2</b> (1min après l'exercice)			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 lentilles ou lunettes\* : NON  OUI

\*si port de lentilles, vous devez être en possession d'une paire de lunettes en cas de perte d'une ou des deux lentilles pendant la manifestation

Je soussigné(e), Dr. .... le (date) .....

déclare que (Nom - Prénom du pilote) .....

- Ne présente pas de contre indication pour la pratique du Jetski - VNM en COMPETITION\*
- N'EST PAS apte pour les raisons suivantes\*.....

\*barrer la mention inutile

Signature et cachet du médecin :