

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	
P0 (au repos)			De 5 à 10	Bon	
P1 (après 30 flexions en 45 secondes)			De 10 à 15	Médiocre	
P2 (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 :