



FICHE DE CONTROLE MÉDICO-SPORTIF

Nom _____ Prénom _____

Date de Naissance _____ Lieu _____

Adresse _____ Tél. _____

DÉCLARATION DU PILOTE EXAMINÉMaladies ou accidents précédemment traités _____
(cardiopathie, hypertension, diabète, épilepsie, sont des affections incompatibles avec la compétition motonautique).

Traitements de longue durée en cours _____ Allergie _____

Date de la dernière vaccination antitétanique _____ Groupe sanguin facteur RH _____

Signature du Pilote : _____

EXAMEN MÉDICAL GÉNÉRALORGANE DES SENS

- Ouïe _____

- Vue : acuité visuelle (en 1/10^e) avec ou sans correction : O.D. _____ O.G. _____

Vision des couleurs : Rouge _____ Vert _____ Jaune _____ Noir _____

Sens Stéréoscopique _____ Vision nocturne _____

Indiquer si les verres sont employés pour la vision lointaine _____

APPAREIL CARDIO-VASCULAIRE

Auscultation _____ E.C.G. éventuel _____

Test d'effort de PANCHON-MARTINET (20 flexions en 40 secondes) _____

au repos

à la fin du test

1 minute après

temps de retour à la normale

POULS _____

T.A. _____

APPAREIL RESPIRATOIRE

- Auscultation _____

APPAREIL OSTÉO-ARTICULAIRE ET MUSCULAIRE

Etat des Membres : supérieurs, droit _____ gauche _____

inférieurs, droit _____ gauche _____

APPAREIL NEUROLOGIQUE

- Anomalies éventuelles : _____

- Réflexes : _____

Dans l'urine : recherche de l'albumine (facultatif) _____ Glucose (facultatif) _____

Le Médecin examinateur soussigné certifie que l'état de santé de M. _____

LUI PERMET de pratiquer le sport motonautique en COMPÉTITION.

Fait à _____ le, _____

Signature : _____

Cachet du Médecin : _____