

**Certificat obligatoirement établi par un médecin du sport (article 49 du règlement fédéral)**  
**Le médecin peut sous simple demande auprès de la FFCC, se procurer le règlement médical fédéral**  
**(Livre IV, chapitre III)**



|      |        |               |                   |
|------|--------|---------------|-------------------|
| APTE | INAPTE | SURCLASSEMENT | Tampon du médecin |
|------|--------|---------------|-------------------|

**Note importante à l'attention du médecin :** le candidat à la pratique du sport doit subir une visite complète. En cas de problème, il y a possibilité de demander l'avis du médecin Fédéral. En outre, il y a lieu de sensibiliser l'intéressé sur les problèmes de dopage et la prise de médicaments (prescrits ou auto-médication) pouvant interférer avec des contrôles inopinés. Enfin, il est nécessaire de l'avertir des risques traumatiques sévères liés à la pratique de la course camarguaise (du type consentement éclairé).

Nom : ..... Prénom : ..... date de naissance :

**GROUPE SANGUIN OBLIGATOIRE :** ..... (Délivrance d'une ordonnance en cas d'information inconnue)

Vaccination antitétanique le :  (valable 10 ans)

Bilan Cardio vasculaire (ECG éventuel) : TA au repos

Épreuve d'effort : 30 flexions en 45"

(une épreuve maximale d'effort instrumentée est obligatoire après 35 ans)

Pouls au repos :  A l'effort :  Après 1'effort

Capacité vitale mesurée : (ou mesure thoracique).....

Réflexes ostéo tendineux : .....

|                       |  |               |  |               |  |                                |
|-----------------------|--|---------------|--|---------------|--|--------------------------------|
| Appareil locomoteur : | <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 80px; height: 20px;"></span> | Limitations : | <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 80px; height: 20px;"></span> | Amputations : | <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 60px; height: 20px;"></span> | <u>Commentaires en Clair :</u> |
|                       | Mobilité   |               | Motricité  |               | Lésions  |                                |
|                       | Bilan  | Dte           | Ghe  | Dte           | Ghe  |                                |
|                       | Epaules  |               |  |               |  |                                |
|                       | Membre sup   |               |  |               |  |                                |
|                       | Rachis Bassin  |               |  |               |  |                                |
|                       | Genoux   |               |  |               |  |                                |
|                       | Chevilles  |               |  |               |  |                                |

Acuité auditive : voix chuchotée perçue à 3 m  OUI  NON

Acuité visuelle :

sans correction : Œil Gauche  / 10 Œil Droit  / 10

avec correction : Œil Gauche  / 10 Œil Droit  / 10

Port de lentille

La somme des deux yeux doit être au moins supérieure à  8/10èmes

-----  
**Plier et Agraffer pour le secret médical**  
 -----

|                                  |             |               |                                  |         |  |
|----------------------------------|-------------|---------------|----------------------------------|---------|--|
| <b>Appréciation état général</b> | Excellent   | Bon           | Moyen                            | Mauvais | <b>Nom - signature du Médecin du sport et Cachet</b> |
| (Entourer la case)               |             |               |                                  |         |  |
| <u>Conclusion</u>                | <u>Apte</u> | <u>Inapte</u> | <u>Médecin Fédéral sollicité</u> |         |  |
| <u>Surclassement</u>             | <u>Apte</u> | <u>Inapte</u> | <u>Médecin Fédéral sollicité</u> |         |  |

Je soussigné, reconnais sincère mes déclarations au médecin et avoir pris connaissance des problèmes inhérents  
 au dopage et aux risques encourus par la pratique de la Course Camarguaise

Nom : .....

Date et signature de l'adhérant

Prénom : .....