



FICHE MÉDICALE

Nom

Prénom

Date de Naissance

Numéro de
téléphone

Email

Poids

Taille

Groupe sanguin
Et signe rhésus

- **ECG** – examen cardiaque complet auprès d'un cardiologue

- **T.A** au repos : ...

- **Pouls** au repos : ...

- A l'effort (30 flexions en 45") : ...
- 1 minute après : ...

- **État de l'audition** (voix chuchotée entendue à 3 mètres) : normal / anormal*

- **État de la vue** : acuité visuelle exigée avec ou sans correction 9/10 + 9/10. 10/10 + 08/10 toléré.

- Acuité visuelle :

- avec
- sans correction :

- Correction :

- OD : ... /10
- OG : ... /10

- Port de lunettes :

- oui
- non

- Port de lentilles de contact :

- oui
- non

- **Vision des couleurs** (pas de confusion des drapeaux utilisés en Compétition) : normale / anormale*

- **Allergies** :

- **Traitements à risque antidépresseurs et anticoagulants** :

- **Pathologie(s) chronique(s) ou/et autres informations importantes à partager** :

- **CONCLUSION** :

APTE

INAPTE

*Rayer la mention inutile

Les indications données par le médecin examinateur sont placées sous son entière responsabilité.

Date, signature et cachet du médecin