

# Fédération Française de Char à Voile

## FICHE DE SUIVI MEDICAL

SAISON 2013-2014

<b>Date de l'examen :</b> _____	<b>Date du premier examen :</b> _____
<b>Nom :</b> _____	<b>Prénom :</b> _____
<b>Adresse :</b> _____	
<b>Date de naissance :</b> _____	<b>Catégorie d'âge :</b> _____
<b>E-mail :</b> _____	<b>Tél. :</b> _____
<b>Club :</b> _____	<b>Nombre d'années de pratique de char à voile :</b> _____
<b>Pratique d'un autre sport :</b> _____	
<b>Antécédents Familiaux :</b> _____	
<b>Collatéraux :</b> _____	
<b>Personnels :</b> _____	
<b>Vaccinations :</b> _____	<b>Groupe sanguin :</b> _____ <b>Rhésus :</b> _____
<b>Examen de la vue :</b>	<b>SC / AC</b> <b>SC / AC</b>
<b>œil droit :</b> _____	<b>œil gauche :</b> _____ <b>nystagmus :</b> _____
<b>Type de correction :</b>	<b>lunettes</b> <b>lentilles</b>
<b>Examen morphologique :</b>	<b>Taille :</b> _____ <b>Poids :</b> _____
<b>Statique rachidienne :</b> _____	
<b>Membres supérieurs :</b> _____	
<b>Membres inférieurs :</b> _____	
<b>Examen articulaire :</b> _____	
<b>Musculature :</b> _____	
<b>Examen pleuro-pulmonaire : Auscultation :</b> _____	
<b>Examen cardio-vasculaire : Fréquence cardiaque :</b> _____ <b>Pression artérielle :</b> _____	
<b>Auscultation :</b> _____	
<b>ECG de repos :</b> _____	
<b>Observations :</b> _____	
<b>Prise régulière de médicaments :</b> _____	
<b>Appréciation générale :</b> _____	
<b>Nom et cachet du médecin examinateur :</b>	<b>Signature :</b>
<b>Nom et adresse du médecin traitant :</b>	

## Fédération Française de Char à Voile

# FICHE DE SUIVI MEDICAL

SAISON .....

Date de l'examen : _____		Date du premier examen : _____	
Nom : _____		Prénom : _____	
Adresse : _____			
Date de naissance : _____		Catégorie d'âge : _____	
E-mail : _____		Tél. : _____	
Club : _____		Nombre d'années de pratique de char à voile : _____	
Pratique d'un autre sport : _____			
<b>Antécédents Familiaux :</b> _____			
Collatéraux : _____			
Personnels : _____			
Vaccinations : _____		Groupe sanguin : _____ Rhésus : _____	
<b>Examen de la vue :</b>			
SC / AC	SC / AC	nystagmus : _____	
œil droit : _____	œil gauche : _____		
Type de correction :	lunettes	lentilles	
<b>Examen morphologique :</b>			
Taille : _____	Poids : _____		
Statique rachidienne : _____			
Membres supérieurs : _____			
Membres inférieurs : _____			
Examen articulaire : _____			
Musculature : _____			
<b>Examen pleuro-pulmonaire :</b> Auscultation : _____			
<b>Examen cardio-vasculaire :</b>			
Fréquence cardiaque : _____		Pression artérielle : _____	
Auscultation : _____			
ECG de repos : _____			
<b>Observations :</b> _____			
Prise régulière de médicaments : _____			
Appréciation générale : _____			
<b>Nom et cachet du médecin examinateur :</b>		<b>Signature :</b>	
<b>Nom et adresse du médecin traitant :</b>			