

CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE

Licence loisir / compétition



La Commission Médicale Nationale de la FFCV :

Rappelle que l'examen médical permettant de délivrer ce certificat engage la responsabilité du médecin signataire de ce certificat, seul juge de la nécessité d'éventuels examens complémentaire et seul responsable de l'obligation de moyen

Précise

- que le contenu de l'examen doit tenir compte des conditions spécifiques de pratique du char à voile (température ambiante, humidité, sable, vibrations)
- que les demandes de surclassement doivent être accompagnées du dossier administratif correspondant

Conseille:

- de tenir compte des pathologies dites de « croissance » et des pathologies antérieures,
- de consulter le carnet de santé,
- de vérifier plus précisément au niveau de l'appareil locomoteur : rachis, ceintures, genoux, pieds, en s'aidant si nécessaire de radiographie.

Insiste sur les contres indications à la pratique du char à voile : toute pathologie susceptible de s'aggraver au cours de l'activité sportive et/ou de compromettre la sécurité,

Préconise:

- une mise à jour des vaccinations,
- un bilan dentaire annuel,
- des explorations cardio-vasculaires éventuelles, adaptées aux facteurs de risques et à l'âge du pilote
- une surveillance biologique élémentaire à partir de 40 ans,
- un examen visuel.

se tient à votre disposition

pour toute demande ou précision particulière, pour tout litige ou avis dans l'intérêt ultime du pilote :

FFCV
Bâtiment IGESA 2, chemin d'exploitation 91220 LE PLESSIS PATE
Tel : 01 60 84 17 71 ffcvc.secretariat@gmail.com
commission médicale : ffcvc.medecin@gmail.com

CERTIFICAT MEDICAL (validité trois ans maximum)

Les dispositions du code du sport relatives au certificat médical ont été modifiées par la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé ainsi que par le décret n°2016-1157 du 24 août 2016 relatif au certificat médical attestant de l'absence de contre-indication à la pratique du sport.

Je soussigné(e), Docteur.....
certifie avoir examiné ce jour

Nom :

Prénom

né(e) le :

et certifie que son état de santé ne contre indique pas
la pratique du char à voile, y compris en compétition

Fait le/...../..... , à.....

Signature et cachet lisible du médecin

Demande de surclassement (pour les mineurs concernés) :

Je certifie, également que

Prénom/NOM:.....
présente un état de santé compatible avec une demande de
surclassement dans sa catégorie d'âge immédiatement
supérieure.