

**CERTIFICAT MEDICAL DATANT DE MOINS D'UN AN
PROGRAMME D'ACCESSION TERRITORIAL, D'ACCESSION NATIONAL OU
D'EXCELLENCE**

Ce document est réservé aux sportif(ve)s non listé(e)s inscrit(e)s en pôle Espoirs, Pôle France, Dispositif Régional d'Entraînement de niveau national ou territorial ou au Club de Performance national ou territorial

Il doit être fourni et renouvelé chaque année dans l'une des structures ci-dessus.

Il sera archivé par la structure de rattachement.

Document destiné au médecin du sport examinateur

La Commission Médicale Nationale de la FFVoile :

- **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 complémentaires et seul responsable de l'obligation de moyens ;
 - Doit être pratiqué dans un environnement médical.
- **Précise** que le contenu de l'examen doit tenir compte de l'âge et du niveau du compétiteur.
- **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 radiographies
 - Une mise à jour des vaccinations,
 - Un bilan dentaire annuel,
 - Une épreuve cardio-vasculaire d'effort à partir de 40 ans,
 - Une surveillance biologique élémentaire à partir de 40 ans,
 - Un examen ORL et visuel.
- **Insiste sur les contres indications à la pratique de la voile :**
 - Toute pathologie susceptible de s'aggraver au cours de l'activité sportive et/ou de compromettre la sécurité,
 - En cas de doute, contacter la Commission Médicale (medical@ffvoile.fr).

Certificat Médical datant de moins d'un an

Pris en application de l'annexe 4 du règlement médical de la FFVoile

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

Nom Prénomné(e) le

et certifie que son état de santé ne contre indique pas son inscription :

dans une structure du programme d'accession territorial

dans une structure du programme d'accession national ou d'excellence

Fait le à

Signature et cachet du médecin examinateur