

## VISITE MEDICALE D'APTITUDE

Nom :

Prénom (s):

Date de Naissance : ...../...../.....

Adresse :

Nombre d'années de pratique :

Antécédents pathologiques :

Anthropométrie :

Poids :

Taille :

Examen cardio – vasculaire :

Pouls :

Tension artérielle

Test de ruffer :                      P0 :                      P1 :                      P2 :                      P3 :

Indice de ruffer :  $(P0 + P1 + P2) - 200 / 10$

Examen ostéo – articulaire :

Autres appareils :

OBSERVATIONS :

---

## CERTIFICAT MEDICAL ANNUEL PREALABLE A LA PRATIQUE DES SPORTS DE COMPETITION

Je soussigné,.....exerçant au.....

certifie avoir examiné M.....né(e) le.....

demeurant.....appartenant à l'association sportive.....

et n'avoir constaté à la date de ce jour aucun signe clinique apparent contre-indiquant la pratique des sports suivants en compétition :

.....

A.....le.....

Signature