FÉDÉRATION FRANÇAISE DE CYCLOTOURISME

Commission nationale sport santé

Examen médical pour licence sportive

(Mise à jour du 24/04/2018)

Sur l'avis de la commission nationale sport santé, le comité directeur a estimé qu'il est de son devoir d'inciter les adhérents de la Fédération à se soumettre régulièrement à un examen médical. De plus, à sa demande, l'assureur a accepté de lier la majoration d'un capital décès, par accident cardio-vasculaire ou vasculaire cérébral du contrat " Petit Braquet" et "Grand Braquet", à la production d'un test d'effort de moins de 2 ans.

Depuis les décrets de 2016, la demande de licence en formule "vélo-rando" s'accompagne obligatoirement de la production d'un certificat médical de non contre-indication à la pratique du cyclotourisme **tous les 5 ans.**

Le licencié en formule "vélo-sport" qui désire participer à des épreuves à temps et/ou à classement (dites cyclosportives) (1) doit produire un certificat médical de non contre-indication à la pratique du cyclisme en compétition **tous les ans.**

Dans les deux cas le certificat médical est à fournir lors d'une première prise de licence.

Notre pratique, qu'elle soit compétitive ou non, est un sport susceptible d'amener les sollicitations cardiaques à leur maximum, ce qui constitue le facteur déclenchant de nombre d'accidents vasculaires, coronariens essentiellement.

Eu égard aux recommandations des sociétés de médecine du sport, il est vivement souhaitable, après 45 ans chez l'homme et 50 ans chez la femme, de consulter un médecin cardiologue qui décidera de l'opportunité d'une épreuve d'effort.

Nous sommes conscients du travail que constitue l'examen médical du sportif, et vous remercions de votre collaboration.

Le médecin fédéral national.

(1) Conformément aux dispositions de son règlement la Fédération française de cyclotourisme n'organise pas ce type d'épreuves.

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... Sexe : ..... Profession :.....

Club d'affiliation :.....: N° de licence ☐☐☐☐☐☐

CERTIFICAT MÉDICAL

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

M. Mme. Mlle. .....

et qu'il (elle) ne présente pas de contre-indication à la pratique :

☐ du **CYCLOTOURISME** (Licence **Vélo Rando)**

Ou

☐ du **CYCLISME EN COMPETITION** (licence **Vélo Sport)**

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

Signature et cachet du médecin :
(***Obligatoire avec ses coordonnées***)

Document à présenter à un médecin du sport, votre médecin référant ou un autre médecin de votre choix pour la délivrance du certificat de non contre-indication et à conserver.

Les licenciés membres individuels doivent adresser **obligatoirement** une copie à la Fédération.

EXAMEN MÉDICAL TYPE (FACULTATIF) pouvant être pré rempli par l'intéressé

Antécédents sportifs

Autres pratiques .....

Cyclotourisme : Depuis combien de temps ? .....

Volume de pratique (km/an) : .....

Antécédents médicaux

Familiaux : Maladies ou décès d'origine cardiaque dans la famille ? oui ☐ non ☐

Hypertension artérielle ? oui ☐ non ☐

Maladies métaboliques (diabète, cholestérol, triglycérides,...)? oui ☐ non ☐

La ou lesquelles : .....

Personnels :
- ☐ Age: plus de 45 ans ?
- ☐ Hypertension artérielle
- ☐ Diabète
- ☐ Hyperlipidémie (diabète, triglycérides)
- ☐ Tabagisme
- ☐ Sédentarité (arrêt de toute pratique sportive régulière depuis plus d'un an)
- ☐ Stress
- ☐ Prise médicamenteuse: laquelle : .....
- ☐ Antécédents chirurgicaux: lesquels : .....
- ☐ Autres : (vertiges, troubles visuels, crises convulsives,...)

Examen clinique : Taille : .....Poids : .....

Cardio-vasculaire : IMC : Pds en Kg / (T en m)2 = ...

Périmètre abdominal:

Signes fonctionnels à l'effort oui ☐ non ☐

Si OUI lesquels? (Palpitations, douleurs thoraciques, gène respiratoire,...)..... Auscultation cardiaque :.....

TA de repos : .....

Pouls de repos : .....

Pouls périphériques tous perçus :

ECG de repos (vivement recommandé)

Pulmonaire : Signes fonctionnels à l'effort oui ☐ non ☐

Si OUI lesquels? (Toux, gène respiratoire, asthme,...) .....

Appareil locomoteur : Rachis : .....

Membres supérieurs : .....

Membres inférieurs : .....

Neurologique : Troubles de l'équilibre : épreuve de Romberg yeux fermés =

Troubles de la vision (corrigés ou pas) : .....

Troubles de l'audition (corrigés ou pas) : .....

Antécédent de crise convulsive : .....

Uro-génital : .....

Autres : État bucco-dentaire : .....