

Renouvellement	
----------------	--

Première adhésion (Le CMNCI* est obligatoire)	
---	--

\*CMNCI : Certificat médical de non contre-indication

<b>Formules et tarifs des licences 2021</b>		
CATEGORIE	Assurance Petit Braquet	Assurance Grand Braquet
Individuel Adulte	<b>61,50 € (PB)</b>	<b>109,50 € (GB)</b>
Individuel Adulte avec revue FFCT *	<b>86,50€ (PBR)</b>	<b>134,50 € (GBR)</b>
Individuel jeune (18 à 25 ans)	<b>36,50 € (PBJ1)</b>	<b>84,50 € (GBJ1)</b>
Individuel jeune (18 à 25 ans) avec revue FFCT *	<b>61,50 € (PBJR1)</b>	<b>109,50 € (GBJR1)</b>
Individuel Jeune (moins de 18 ans)	<b>20,00 € (PBJ)</b>	<b>68,00 € (GBJ)</b>
Individuel Jeune (moins de 18 ans) avec revue FFCT *	<b>45,00 € (PBJR)</b>	<b>93,00 € (GBJR)</b>
<b>Famille (en plus du 1<sup>er</sup> adulte)</b>		
Famille - 2 <sup>ème</sup> Adulte	<b>46,00 € (PBF)</b>	<b>94,00 € (GBF)</b>
Famille - Jeune (18 à 25 ans)	<b>31,00 € (PBFJ1)</b>	<b>79,00 € (GBFJ1)</b>
Famille - Jeune (moins de 18 ans)	<b>14,50 € (PBFJ)</b>	<b>62,50 € (GBFJ)</b>

\* option Revue 1ère adhésion : Pour tout **nouvel adhérent**, tarif exceptionnel de 20€/an au lieu de 25 €/an.

<b>Nom :</b>	<b>Prénom :</b>
<b>Date de naissance (jj/mm/aaaa) :</b>	<b>N° de licence :</b>
<b>Lieu de naissance :</b>	
<b>Adresse :</b>	
<b>Code postal</b>	<b>Ville :</b>
<b>☎ :</b>	<b>Portable :</b>
<b>email :</b>	
<b>Formule choisie :</b>	<b>Montant du chèque :</b>

### TYPE DE LICENCE

<b>Vélo Rando (CMNCI « Cyclotourisme » obligatoire pour une première adhésion, à renouveler tous les 5 ans)</b>
---

<b>Vélo Sport (CMNCI « Cyclisme en Compétition » de moins de 12 mois obligatoire)</b>
---

### EN ADHÉRANT AU VELO CLUB DE SAINT-ORENS

Je m'engage à respecter scrupuleusement le **Code de la route**

J'accepte de rétrocéder mon image au travers de photos, films ou tout autre support de communication : oui / non

J'autorise la communication de mes coordonnées aux adhérents du club : oui / non

Fait le .....

Signature obligatoire :

### CONSTITUTION DU DOSSIER D'INSCRIPTION AU CLUB

- Le présent formulaire d'inscription rempli et signé
- La notice d'assurance « AXA » signée
- L'attestation 2021 pour la licence « Vélo Rando »
- Un chèque à l'ordre du Vélo Club Saint-Orens correspondant à la formule choisie
- Un certificat médical de - de 12 mois pour la première inscription ou pour la licence 'Vélo Sport'. A renouveler au bout de 5 ans pour la licence 'Vélo Rando'
- Une photo d'identité pour une première adhésion

**A remettre lors de l'AG ou à retourner par courrier à :**

Vélo Club Saint-Orens - Michel CABASSUD – 16, rue de la Polynésie – 31650 Saint-Orens de Gameville



## DEMANDE DE RENOUVELLEMENT DE LICENCE SAISON 2021

EN FORMULE « **VELO-RANDO** »

Madame, Monsieur,

Vous sollicitez le renouvellement de votre licence en formule « **VELO RANDO** » pour la saison 2021 et vous avez fourni un certificat médical datant de 2017, de 2018, de 2019 ou 2020.

Vous trouverez joint à votre bulletin d'adhésion 2021 le "**questionnaire de santé**" (Cerfa n°15699\*01) que **vous devez obligatoirement renseigner et conserver.**

**Si vous avez répondu « non » à toutes les rubriques du questionnaire de santé :**

- Vous devez obligatoirement compléter, signer et retourner l'attestation saison 2021 ci-dessous à la Fédération ou à votre club qui la conservera.

**Si vous avez répondu « oui » à au moins une rubrique du questionnaire de santé :**

- Vous devez obligatoirement remettre à la Fédération ou à votre club un certificat médical, celui-ci devra établir explicitement l'absence de contre-indication à la pratique du cyclotourisme datant de moins d'un an par rapport à la date de la demande de licence.

Par ailleurs, nous vous informons que **le questionnaire de santé** que vous avez renseigné, **vous est strictement personnel et ne doit en aucun cas être communiqué à la Fédération ou à votre club. Les réponses formulées par vos soins relèvent de votre responsabilité exclusive.**



## ATTESTATION- SAISON 2021

À compléter, à signer et à remettre obligatoirement à la Fédération (au club pour les licenciés appartenant à une structure)

Je soussigné(e) : .....né(e) le 

--	--	--	--	--	--	--

Pour les mineurs représentant légal de .....né(e) le 

--	--	--	--	--	--	--

N° de licence : .....

**Atteste sur l'honneur avoir renseigné le questionnaire de santé (QS-SPORT Cerfa N°15699\*01) qui m'a été remis par la Fédération (ou par le club). Et, j'atteste sur l'honneur avoir répondu par la négative à toutes les rubriques du questionnaire de santé et je reconnais expressément que les réponses apportées relèvent de ma responsabilité exclusive.**

Fait à ....., le 

--	--	--	--	--	--	--

Signature du licencié(e) (ou du représentant légal pour les mineur)

Conformément à la loi Informatique et Libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification quant aux informations vous concernant. Vous pouvez l'exercer librement en vous adressant à la Fédération Française de cyclotourisme, 12 rue Louis Bertrand, 94200 Ivry-sur-Seine.

# RÉSUMÉ DE LA NOTICE D'INFORMATION SAISON 2021



(Conformément aux articles L 321-1, L321-4, L321-5 et L 321-6 du Code du Sport et de l'article L141-4 du Code des assurances)

Ce document résume les garanties des contrats Responsabilité Civile, Individuelle Accidents et Dommages au matériel vélo et de la convention d'Assistance souscrits par votre Fédération.

Ce document vous est remis afin :

- de vous informer qu'outre des garanties couvrant la responsabilité civile et la défense pénale et recours, vous pouvez bénéficier des garanties d'assurance de personne qui vous sont proposées par la Fédération française de cyclotourisme ;
- d'attirer votre attention sur l'intérêt que vous avez à souscrire un contrat d'assurance de personne couvrant les accidents corporels auxquels peut vous exposer votre pratique sportive.

Le présent document est un simple résumé des garanties du contrat auquel il convient de se référer en cas de sinistre. Vous disposez également d'un Guide Licencié et de l'accès à l'intégralité de la notice d'information sur votre espace licencié du site de la Fédération [www.ffvelo.fr](http://www.ffvelo.fr) ou sur le site d'Amplitude Assurances Gomis-Garrigues [www.cabinet-gomis-garrigues.fr](http://www.cabinet-gomis-garrigues.fr)

En choisissant votre option d'assurance, le licencié choisit ses garanties :

Nature de la garantie	Mini Braquet	Petit Braquet	Grand Braquet	
→ Responsabilité civile - Défense Pénale et Recours	Acquise	Acquise	Acquise	
→ Décès accidentel	Non acquise	5 000€	15 000€	
→ Décès ACV/AVC <sup>(1)</sup> :				
▪ En l'absence du test à l'effort de moins de 2 ans,	Non acquise	1 500€	2 500€	
▪ en Présence du test à l'effort de moins de 2 ans.	Non acquise	3 000€	7 500€	
→ Invalidité permanente totale (réductible partiellement selon le taux d'invalidité) sous déduction d'une franchise relative < 5%	Non acquise	30 000€ versé en totalité si taux d'invalidité > 66%	60 000€ versé en totalité si taux d'invalidité > 66%	
→ Frais médicaux prescrits y compris non remboursés par la Sécurité Sociale, dont :		3 000€	3 000€	
Prothèse dentaire :				
▪ par dent (maxi 4)	Non acquise	250€	250€	
▪ bris de prothèse		500€	500€	
Lunette :				
▪ par verre		120€	120€	
▪ par monture		200€	200€	
Réparation ou remplacement autre prothèse (médicale) Actes non prescrits et non remboursables		500€	500€	
		3 séances à 50€	3 séances à 50€	
→ Frais de séjour dans un centre de rééducation en traumatologie sportive	Non acquise	3 000€	3 000€	
→ Assistance dont :				
▪ Rapatriement	Non acquise	Frais réels	Frais réels	
▪ Prise en charge des frais médicaux, chirurgicaux ou d'hospitalisation à l'étranger et avance		10 000€	10 000€	
▪ Frais de recherches, de secours et d'évacuation		3 000€	3 000€	
<b>TOUJOURS APPELER L'ASSISTANCE</b> <b>AU 01 55 92 12 94 avant toute décision de rapatriement</b>				
→ Dommages (Indemnisation vétusté déduite de 8 % par an max 70 %) :			Franchises	
▪ Casque	Non acquise	80€	80€	Néant
▪ Cardio-fréquencemètre		100€	100€	Néant
▪ Equipements vestimentaires		Non acquise	160€	30€
▪ GPS		Non acquise	300€	30€
▪ Dommages au Vélo y compris catastrophes Naturelles		Non acquise	1 500€	100€

<sup>(1)</sup> Pour être valable le test à l'effort doit avoir été réalisé avant l'accident et au plus tard dans les 2 ans qui précèdent la délivrance de la licence de l'année en cours.

**Attention : le licencié Vélo-Balade ne peut prétendre aux capitaux décès ACV/AVC même avec la formule d'assurance Petit Braquet et Grand Braquet.**

**Demeurent exclus de la garantie des Accidents corporels :**

- La faute intentionnelle ou dolosive de l'Assuré, du Bénéficiaire ou du Souscripteur.
- Les accidents causés par l'usage de stupéfiants et de produits toxiques non ordonnés médicalement.
- Les conséquences d'accident résultant :
  - de tout combustible nucléaire, produit ou déchet radioactif ;
  - de tout engin destiné à irradier ou à exploser par modification du noyau de l'atome, ainsi que de leur décontamination ;
  - de l'action directe ou indirecte de tout agent biologique ;
  - d'attentat ou d'acte de terrorisme utilisant directement ou indirectement toute arme ou toute matière radioactive, d'origine chimique ou d'origine bactériologique ou virale.
- Les accidents du fait d'un taux d'alcoolémie de l'assuré égal ou supérieur à celui fixé par la réglementation française régissant la circulation automobile.
- Les conséquences d'une syncope, d'une crise d'épilepsie, d'une embolie cérébrale ou d'une hémorragie méningée.
- Les accidents résultant de la guerre civile ou étrangère, les émeutes et mouvements populaires.
- Les accidents provenant de la participation de l'Assuré à une rixe, sauf cas de légitime défense, ou d'assistance à personne en danger.
- Les conséquences du suicide et de la tentative de suicide.
- Les accidents résultant de phénomènes naturels à caractère catastrophique.
- Les accidents résultant de la conduite de tout véhicule sans permis ou certificat en état de validité, de compétitions (et leurs essais) comportant l'utilisation de véhicules ou embarcations à moteur sauf cas de participation à des concentrations automobiles non soumises à autorisation des pouvoirs publics.
- Les conséquences :
  - d'un traitement esthétique et/ou d'opération de chirurgie esthétique non-consécutif à un accident garanti ainsi que leurs suites et conséquences ;
  - de la participation active de l'assuré à des émeutes, mouvements populaires, actes de sabotage, crimes ou délits intentionnels, rixes sauf en cas de légitime défense, attentat, acte de terrorisme ;
  - d'accidents survenus avant la date d'entrée en garantie de l'assuré ;
  - de maladie ;
  - d'un accident résultant de la navigation aérienne à bord d'un appareil non muni d'un certificat valable de navigabilité ou piloté par une personne ne possédant ni brevet, ni licence, ou titulaire d'un brevet ou d'une licence périmés.
- Les frais de voyage et de séjour dans les stations balnéaires ou climatiques.

## I. Les garanties optionnelles proposées

Si l'option est souscrite auprès d'Amplitude Assurances Gomis-Garrigues (bulletin N° 1 Annexe 2) :

### 1- Les Indemnités journalières (Bulletin N° 1 Annexe 2 du Guide Licencié)

L'assureur garantit à l'assuré le versement d'Indemnités journalières en cas d'incapacité temporaire totale médicalement reconnue à la suite d'un accident survenu dans le cadre des activités garanties et dans les cas suivants :

- Si l'assuré exerce une activité professionnelle et est mis en arrêt de travail par décision médicale (base indemnitaire) l'assureur verse une indemnité journalière correspondant exclusivement à la perte réelle de revenu sans pouvoir dépasser la somme de 30€ par jour, à compter du 4<sup>e</sup> jour d'arrêt et ce jusqu'au 365<sup>e</sup> jour consécutif. Par perte réelle de revenu, on entend la différence entre la rémunération de l'activité professionnelle de l'assuré (salaires, primes, honoraires, gratifications) servant de base à la déclaration annuelle à l'Administration Fiscale et les prestations versées par la Sécurité sociale et/ ou tout autre régime similaire, régime complémentaire ou l'employeur.
- Si l'assuré est hospitalisé pendant une période supérieure à 4 jours, l'assureur verse une indemnité journalière forfaitaire de 30€ par jour, à compter du 4<sup>e</sup> jour d'hospitalisation et ce, pendant une durée maximale de 90 jours d'hospitalisation.

**Cotisation : 25€ TTC** en complément des formules Petit Braquet ou Grand Braquet.

### 2- Complément de garantie Invalidité permanente et Décès (Bulletin N° 1 Annexe 2 du Guide Licencié)

Les sommes ci-dessous viennent s'ajouter à celles prévues par les formules Petit Braquet et Grand Braquet.

Garanties	Montant du capital supplémentaire
Décès (Tout événement d'origine cardio-vasculaire ou vasculo cérébral/ AVC est exclu)	25 000€
Invalidité permanente totale (réductible partiellement selon le taux d'invalidité) sous déduction d'une franchise relative ≤ 5 %	50 000€ <sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup> En cas d'invalidité permanente partielle, le montant de l'indemnité est égal au pourcentage du capital assuré correspondant au taux d'invalidité retenu.

**Cotisation : 20€ ou 40€** pour capitaux ci-dessus doublés.

## Pour toutes informations : vos contacts



**Amplitude Assurances**  
Céline GOMIS / Philippe GARRIGUES



### LA FÉDÉRATION FRANÇAISE DE CYCLOTOURISME

12 Rue Louis Bertrand  
CS 80045  
94207 IVRY SUR SEINE CEDEX

Téléphone : 01 56 20 88 82

E-mail :  
l.blondeau@ffvelo.fr

Site internet :  
www.ffvelo.fr



**ASSISTANCE**

### AXA ASSISTANCE

Convention n° 0804137  
Ligne dédiée 7j/7 - 24h/24  
01 55 92 12 94

### AMPLITUDE ASSURANCES

Céline Gomis - Philippe Garrigues

17 Boulevard de Gare  
31500 TOULOUSE  
N°Orias : 20005657 - www.orias.fr

Téléphone : 05 61 52 19 19

E-mail :  
contact@cabinet-gomis-garrigues.fr

Site internet :  
www.cabinet-gomis-garrigues.fr

## II. La protection de vos données personnelles

Nous vous informons que les données à caractère personnel recueillies sont nécessaires pour la prise en compte de votre adhésion et la gestion de votre contrat d'assurance. Dans ce cadre, ces données peuvent être transmises à l'Assureur et peuvent également être communiquées à des experts, à nos conseils, à nos prestataires et sous-traitants. A défaut d'opposition expresse de votre part, nous pourrions vous adresser des courriers ou emails d'information en lien avec votre contrat sans caractère commercial. Vos données personnelles recueillies et traitées dans le cadre de la gestion de votre contrat ne seront toutefois jamais utilisées à des fins de prospection commerciale. La base juridique du traitement de vos données est l'exécution de votre contrat d'assurance ou le consentement concernant l'éventuel traitement de vos données de santé. La base juridique du traitement de vos données est l'exécution de votre contrat d'assurance. Ces données sont conservées aussi longtemps que nécessaire pour la gestion de votre contrat et au-delà, à compter de la clôture du dossier, pendant la durée autorisée ou imposée par une disposition légale ou réglementaire. Vous disposez de droits d'accès, de rectification, de limitation du traitement, ainsi que du droit à la portabilité de vos données. Vous pouvez également vous opposer pour motifs légitimes à ce que vos données fassent l'objet d'un traitement. Il est précisé que l'exercice de certains de ces droits peut entraîner au cas par cas pour AMPLITUDE Assurances Gomis Garrigues, l'impossibilité de gérer votre contrat et donc les prestations liées à ce dernier. Vous pouvez exercer vos droits à tout moment, sous réserve de justifier de votre identité, et contacter le Délégué à la Protection des Données par courrier électronique à l'adresse contact@cabinet-gomis-garrigues.fr ou par voie postale à l'adresse suivante : AMPLITUDE Assurances Gomis Garrigues – Délégué à la Protection des Données – 17 Bld de la Gare 31500 TOULOUSE. Vous disposez également du droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL à l'adresse suivante : CNIL – 3, place de Fontenoy – TSA 80715 – 75334 Paris Cedex 07.

En fournissant vos données personnelles et, notamment des données à caractère médical, vous autorisez expressément leur utilisation pour les besoins de la prise en compte de votre adhésion et de la gestion de votre contrat. Par ailleurs, si vous fournissez des renseignements au sujet d'une autre personne, vous vous engagez à l'informer de l'utilisation de ses données personnelles et à obtenir son consentement pour une telle utilisation en son nom.

## Déclaration du licencié - Saison 2021

A retourner obligatoirement au Club (ou à la Fédération pour les membres individuels)

Je soussigné(e) ..... né(e) le | | | | | | | | | | | |

Pour le mineur représentant légal de ..... né(e) le | | | | | | | | | | | |

Licencié de la Fédération à (nom du Club) .....

Déclare :

- Avoir pris connaissance du contenu du présent résumé de la notice d'information relative au contrat d'assurance souscrit par la Fédération auprès d'AXA pour le compte de ses adhérents
- Avoir été informé par la présente notice de l'intérêt que présente la souscription de garanties d'indemnités contractuelles (Décès, Invalidité Permanente, Frais médicaux, et Assistance) pour les personnes pratiquant une activité sportive relevant de la Fédération
- Avoir choisi une formule MB  PB  ou GB  et les options suivantes :  
Indemnité Journalière  forfaitaire Complément Décès/Invalidité   
Ne retenir aucune option complémentaire proposée

Fait à ..... le | | | | | | | | | | | |

*Signature du licencié souscripteur  
(ou du représentant légal pour le mineur)*



## Renouvellement de licence d'une fédération sportive

### Questionnaire de santé « **QS – SPORT** »

Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour renouveler votre licence sportive.

Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON*	OUI	NON
<b>Durant les 12 derniers mois</b>		
1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Avez-vous eu une perte de connaissance ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Si vous avez arrêté le sport pendant 30 jours ou plus pour des raisons de santé, avez-vous repris sans l'accord d'un médecin ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>A ce jour</b>		
7) Ressentez-vous une douleur, un manque de force ou une raideur suite à un problème osseux, articulaire ou musculaire (fracture, entorse, luxation, déchirure, tendinite, etc...) survenu durant les 12 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>*NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.</i>		

#### **Si vous avez répondu NON à toutes les questions :**

Pas de certificat médical à fournir. Simplement attestez, selon les modalités prévues par la fédération, avoir répondu NON à toutes les questions lors de la demande de renouvellement de la licence.

#### **Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions :**

Certificat médical à fournir. Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné.

# La revue mensuelle de la FFCT

Chaque mois, toute l'actualité du cyclotourisme sur 68 pages (juillet-août : numéro double).

**La revue *Cyclotourisme* c'est chaque mois une information complète sur le vélo et votre pratique cyclotouriste avec :**

- Des récits de voyages en France ou à l'étranger ;
- Des dossiers touristiques et pratiques ;
- Des conseils pratiques et utiles au quotidien (Santé, Diététique, Technique et Sécurité) ;
- Des infos sur la vie des clubs et de la Fédération ;
- Des pages Actus, Jeunes, VTT, Nature, Livre, Portrait, etc.
- 



**Fait par des passionnés... pour des passionnés**



# 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 cyclosporatives) (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 :

- Ou
- du CYCLOTOURISME (Licence Vélo Rando)
  - 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)<sup>2</sup> = .....

Périmètre abdominal:

Signes fonctionnels à l'effort oui  non

Si OUI lesquels? (Palpitations, douleurs thoraciques, gêne 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, gêne 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 : .....