



FORFAIT

CHANGEMENT D'ÉQUIPAGE

(rayer la mention inutile)

ÉPREUVE :

N° DE DOSSARD DE L'ÉQUIPAGE :

CLUB :

IMPORTANT :

- Ne noter que les rameurs concernés par les modifications
- Les fiches ne comportant pas les noms, prénoms et n° de licence des remplaçants ne seront pas prises en compte.

	Équipage d'origine NOM - Prénom		Équipage de remplacement NOM - Prénom	N° Licence obligatoire
Proue - 1		Proue - 1		
2		2		
3		3		
4		4		
5		5		
6		6		
7		7		
8		8		
Barreur		Barreur		

JUSTIFICATIF : joindre le justificatif du forfait à cette fiche (certificat médical, attestation de l'employeur, ...)

DATE DE REMISE DE LA FICHE AU PRÉSIDENT DU JURY :

HEURE DE REMISE DE LA FICHE :

NOM ET SIGNATURE DU DÉLÉGUÉ

SIGNATURE DU PRÉSIDENT DU JURY

TRAITEMENT DE LA DEMANDE :

CERTIFICAT MÉDICAL

DE NON CONTRE-INDICATION À LA PRATIQUE DE L'AVIRON

Note à l'usage du médecin examinateur :

- Ne pas omettre d'apposer votre signature, votre numéro RPPS et votre cachet.
- Le candidat à la pratique de l'aviron doit subir une visite médicale obligatoire qui établira la normalité de l'examen clinique.
- Tout(e) postulant(e) qui sollicite une licence doit signaler au médecin auquel il(elle) demande ce certificat, toute anomalie dans son état physique ou toute malformation congénitale ou acquise qu'il(elle) pourrait présenter.
- Au vu de l'important débit cardiaque requis, une évaluation cardiologique régulière tous les 10 ans par épreuve d'effort est recommandée à partir de 40 ans.

Je soussigné Docteur ,
certifie que

Monsieur/Madame

Né(e) le :

ne présente pas de contre-indication, décelable ce jour, à la pratique de l'aviron
(ayer la mention inutile si nécessaire) :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> En bateau sur l'eau (outdoor) | <input type="checkbox"/> En compétition |
| <input type="checkbox"/> Sur rameur ergométrique (indoor) | <input type="checkbox"/> En compétition |

Si tel n'est pas le cas, cochez l'une des cases correspondantes ci-après :

- Présente une contre-indication médicale à la pratique de l'aviron.
- Demande l'avis médical fédéral et transmet un compte-rendu médical au médecin fédéral à l'adresse suivante : medecin-federal@ffaviron.fr

Certificat fait à la demande de l'intéressé(e) pour faire valoir ce que de droit.

Fait le, à

N° RPPS :

Signature et cachet obligatoires du médecin