

Destinataires :

- Candidats pôle France Relève et Espoir

Nogent sur Marne, le 26 janvier 2026

Dossier suivi par Sébastien TANT

Réf. : 26 FM/ST/CA N° 0401

Mademoiselle, Monsieur,

Vous avez postulé pour une admission dans un des pôles de la Fédération Française d'Aviron. Les charges de travail et les contraintes d'entraînement étant lourdes, il nous apparaît indispensable de veiller à intégrer dans nos structures des sportifs en parfaite santé.

Aussi, et afin d'étudier votre candidature, nous vous demandons de nous faire parvenir, sous pli confidentiel adressé au nom du Médecin du suivi médical :

**❶ Dans un premier temps :**

- Le questionnaire médical ci-joint dûment rempli,
- La fiche d'examen clinique remplie par un médecin du sport
- Un ECG (électrocardiogramme) de repos interprété (joindre impérativement le tracé),

**❷ Dans un second temps** et au cas où **votre candidature serait retenue** (ce qui vous sera signifié à l'issue de la réunion de la commission de sélection) :

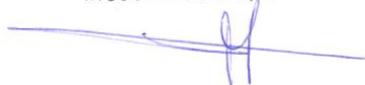
- Une échographie cardiaque transthoracique de repos (si déjà réalisée joindre le compte-rendu),
- Un examen dentaire et de l'articulé dentaire (formulaire de bilan bucco-dentaire joint).

Les examens doivent avoir été réalisés dans les 6 mois précédents l'inscription sur le pôle.

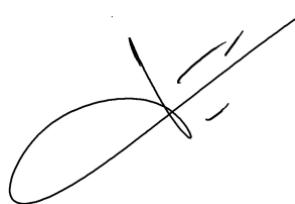
Nous attirons votre attention sur le fait que votre admission définitive ne sera prononcée par le Directeur Technique National qu'au vu de l'ensemble de ces documents, après accord du Médecin responsable de la Surveillance Médicale Réglementaire.

Nous vous prions de recevoir, Mademoiselle, Monsieur, nos salutations distinguées.

Dr MATON Frédéric  
Médecine Générale  
Médecine du Sport



Frédéric MATON  
Médecin du suivi médical  
des Equipes de France et des pôles



Sébastien TANT  
Directeur Technique National Adjoint  
Accompagnement à la Performance

Nom : ..... Prénom : .....

### ETAT DENTAIRE

#### Plaque bactérienne

- |                                  |   |
|----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Absente | <input type="checkbox"/> Peu étendue (améliorer brossage) |
|                                  | <input type="checkbox"/> Très étendue                     |

#### Tartre

- |                                 |   |
|---------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Absent | <input type="checkbox"/> Peu abondant, détartrage à prévoir |
|                                 | <input type="checkbox"/> Abondant, détartrage urgent        |

#### Gingivite

- |                                  |  |
|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Absente | <input type="checkbox"/> Peu étendue : amélioration souhaitable de l'hygiène buccale |
|                                  | <input type="checkbox"/> Etendue : consultation dentaire souhaitable                 |

#### Lésions parodontales

- |                              |  |
|------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Ras | <input type="checkbox"/> Poches parodontales < ou égales à 3mm |
|                              | <input type="checkbox"/> Poches supérieures à 3 mm             |
|                              | <input type="checkbox"/> Mobilité dentaire                     |

#### Dents de sagesse

- Sur l'arcade     Enclavées ou en désinclusion     Incluse     Extraites

**S** : Saine

**C** : Cariée

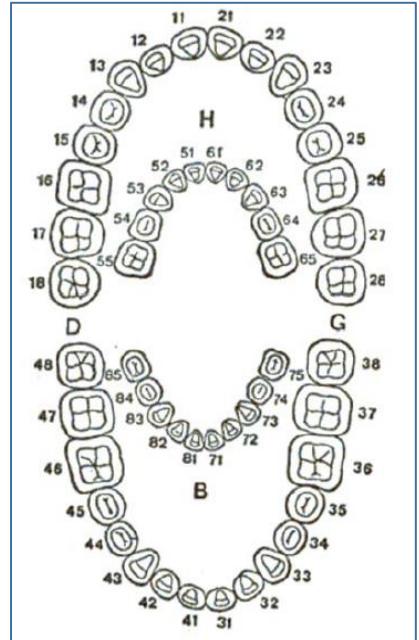
**O** : Obstruée

**A** : Absente

**F** : Présente un foyer

**D** : Dépulpée

**I** : Incluse



### ANOMALIES DENTO-MAXILO-FACIALES

#### Orthodontie

- |                              |   |
|------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Ras | <input type="checkbox"/> Surveillance conseillée            |
|                              | <input type="checkbox"/> Traitement orthodontique à prévoir |

#### Coefficient masticatoire – prothèse

- |                              |   |
|------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Ras | <input type="checkbox"/> Coefficient masticatoire insuffisant |
|                              | <input type="checkbox"/> Réhabilitation prothétique à prévoir |

### TROUBLE DE L'ARTICULE TEMPORO-MANDIBULAIRE

- Ras     Avec douleur     Sans douleur     Avec claquement     Limitation d'ouverture buccale (<3doigts)

### EXAMEN OCCLUSAL

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ras <input type="checkbox"/> Bruxisme | <input type="checkbox"/> Occlusion croisée            |
|  | <input type="checkbox"/> Béance antérieure            |
|  | <input type="checkbox"/> Surplomb horizontal >6-7mm   |
|  | <input type="checkbox"/> Latérodéviation mandibulaire |
|  | <input type="checkbox"/> Prématurités                 |

### SUIVI BUCCO-DENTAIRE

- L'état bucco-dentaire ne nécessite pas de soin  
 L'état bucco-dentaire nécessite les soins suivants : . . . . .  
. . . . .  
 Je confirme que les soins décrits ci-dessus sont en cours ou programmés

DATE : . . / . . / . .

IDENTIFICATION ET SIGNATURE DU PRATICIEN



## DOSSIER MEDICAL D'ADMISSION EN POLE FICHE D'EXAMEN CLINIQUE

A remplir impérativement par un médecin du sport

<b>Nom :</b> .....
<b>Prénom :</b> .....
<b>Date de Naissance :</b> /...../...../...../
<b>Adresse :</b> .....
<b>Email :</b> .....
<b>Club :</b> .....
<b>Pôle France/Espoir demandé :</b> .....

**Biométrie :**

Taille : ..... cm      Poids: ..... kg      I.M.C. : .....      Masse grasse : ..... %      Envergure : ..... cm

- Antécédents :**
- Familiaux : .....
  - Personnels • Médicaux : .....
  - Chirurgicaux : .....
  - Traitement en cours : .....

**Examen général :**

- Dates des vaccins obligatoires : DTP : ..... / ..... / .....
- Aires ganglionnaires : .....      • Allergies : .....
- Appareil pulmonaire : .....      • Examen neurologique : .....
- Appareil digestif : .....      • Examen dermatologique : .....

**Appareil cardio-vasculaire :**

- Auscultation : .....
- Examen cardiovasculaire : .....
- ECG de repos (**joindre obligatoirement le tracé**) : .....
  
- Si des examens complémentaires (Echocardiographie, holter...) ont été réalisés, joindre les compte-rendus.

**Appareil locomoteur :**

- Examen segmentaire :
  - Bilan articulaire (douleurs, palpation, mobilisation...) : .....
  - Statique des membres inférieurs : .....
  - Statique rachidienne : .....
  - Examen podologique : ..... Orthèse plantaire : oui non conseillée
  - Particularités observées : .....
- Examen dynamique (Tests de souplesse) :
  - Distance talons-fesses : ..... cm      Distance doigts-sol : ..... cm

**Observations :**

.....  
.....

Date : ..... / ..... / 20.....

Signature et tampon du Médecin du sport



## DOSSIER MEDICAL D'ADMISSION EN POLE QUESTIONNAIRE MEDICAL

A remplir par le rameur ou son représentant légal

**Nom :** ..... **Prénom :** .....

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

**Téléphone :** .....

**Antécédents familiaux :**

Chez vos parents ou dans votre famille proche, y a-t-il déjà eu :

Une mort subite, un malaise ou perte de connaissance ? NON OUI

Un diabète, obésité ? ..... NON OUI

Une maladie cardio-vasculaire ? ..... NON OUI : Laquelle : .....

Une maladie chronique ? ..... NON OUI : Laquelle : .....

**Antécédents personnels:**

- Depuis 2 ans, avez-vous eu une interruption de votre pratique sportive ? ..... NON OUI  
Si OUI : précisez la date et la raison : .....

- Etes-vous atteint d'une maladie chronique ou congénitale? ..... NON OUI  
Si OUI, lesquelles : .....

- Avez-vous déjà subi une (des) intervention(s) chirurgicale(s) ? ..... NON OUI  
Si OUI : précisez la nature des interventions et les dates : .....

- Avez-vous été hospitalisé pour un autre motif ? ..... NON OUI  
Si OUI, pour quel motif ?: .....

- Avez-vous eu une perte de connaissance, un problème cardio-vasculaire ? ..... NON OUI  
Si OUI, précisez : .....

- Suivez-vous actuellement un traitement médical ? ..... NON OUI  
Si OUI, lequel et pourquoi ?: .....

- Etes-vous épileptique ou avez-vous eu une maladie neurologique ? ..... NON OUI  
Si OUI, lesquelles ? .....

- Avez-vous déjà eu un problème ostéo-articulaire (entorse, fracture, luxation, lombalgie, problème de croissance ...) ou musculotendineux (tendinite, claquage...)? ..... NON OUI  
Si OUI, lesquels (précisez les dates) : .....

- Etes vous asthmatique ou avez-vous eu un problème respiratoire ? ..... NON OUI  
Si OUI, lesquels ? .....

- Depuis 1 an, ressentez-vous une gêne respiratoire, une douleur récidivante ou chronique lors de la pratique de vos activités sportives ? ..... NON OUI

**Rappel:** Ce dossier médical est soumis au secret médical. Il sera transmis sous pli confidentiel au médecin fédéral ou au médecin du Pôle pour lequel vous postulez et ne pourra être consulté par un autre médecin qu'après votre autorisation. Toutes les rubriques doivent être renseignées. Toute omission ou fausse déclaration entraînerait la nullité:

- De la reconnaissance de l'aptitude à la pratique de l'aviron en compétition
- De votre éventuelle admission dans un "Pôle".

Certifié sincère et véritable, à ..... , le ..... / ..... / 20.....

Signature du rameur

Signature des parents pour les mineurs  
(obligatoire)