

# CERTIFICAT MÉDICAL ANNUEL

Saison 2018-2019

Obligatoire pour toute inscription à l'Association de Natation de Sartrouville « A.N.S »

Partie réservée au médecin

**Je soussigné(e), Docteur** .....

**Demeurant** .....

**Certifie avoir examiné** .....

**Poids :** ..... **Taille :** .....

Le cas échéant, l'adhérent est-il atteint d'une des pathologies suivantes :

- Asthme
- Épilepsie
- Diabète

**N'avoir constaté ce jour aucun signe clinique apparent contre indiquant la pratique de la NATATION, y compris en compétition.**

**\* TEST de Ruffier et Dickson effectué ce jour:**

- Pulsations en 15 secondes avant : (P).....
- 30 flexions en 45 secondes :.....
- Pulsations en 15 secondes après : (P1).....
- Pulsations en 15 secondes après 1 minute : (P2).....

**Observations :**

**A**..... **Le** .....

**Signature et cachet du médecin**