



DEMANDE D'INSCRIPTION INDIVIDUELLE 9^{em} Challenge Aviron Entreprise

Nom : Prénom :

Nationalité (besoin pour assurance):..... Sexe: F – M

Date de Naissance :

Adresse précise :

Tél : e-mail :

Attestation de Natation

Je soussigné (e)....., certifie savoir nager sur une distance de 50m minimum départ plongé.

Fait le....., à

Signature du demandeur précédée de la mention « lu et approuvé »

Information médicale

A faire lire impérativement au médecin qui devra évaluer votre aptitude

Contre-indications à la pratique de l'aviron de manière absolue et définitives (Extrait du règlement Médical de la FFA)

-Maladies cardio-vasculaires à l'origine de troubles de l'ejection du ventricule gauche et/ ou de trouble du rythme à l'effort ou lors de la récupération.

-Epilepsie.

-Troubles psychotiques.

Contre-indications à la pratique de l'aviron de manière relatives et temporaires (Extrait du règlement Médical de la FFA)

-Pathologie chronique non stabilisée

-Pathologie aigue ou évolutive

Votre médecin, préalablement informé de votre état de santé et tenant compte des éléments ci-dessus, devra remplir le volet ci-dessous à remettre avant votre premier entraînement.

Docteur Michel Brignot, 39100 881 0

Médecin de la ligue de Franche Comté FFA

Certificat Médical

Nom : Prénom..... Né(e) le :

Adresse.....

Ne présente aucune contre-indication médicale à la pratique de l'aviron y compris en compétition

Certificat établi le : Pour une durée de :

Signature et cachet du Médecin