

SWORD SWIMMING HERMANVILLE 26 JANVIER 2025

CERTIFICAT MEDICAL

Documents à renvoyer en version dématérialisée à l'organisateur avant le 20/01/25

swordcoldswimming@gmail.com

Formulaire d'examen médical à compléter par un Médecin du Sport ou un Cardiologue accompagné d'un ECG ou à défaut un médecin généraliste apte à la réalisation et l'interprétation d'ECG.

Date de l'examen (valide pour 6 mois) :

Informations personnelles du nageur/de la nageuse :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Genre :

Nationalité :

Adresse :

Téléphone :

Mail :

Questionnaire de santé (à remplir par le nageur/la nageuse) :

Entourer Oui ou Non, si Oui, merci de préciser l'information.

1 ? Antécédents médicaux Oui / Non

2 ? Antécédents chirurgicaux Oui / Non

3 ? Traitement médical en cours Oui / Non

4 ? Allergies Oui / Non

5 ? Antécédents cardiovasculaires

(ex : TA, arythmie, Raynaud) Oui / Non

6 ? Antécédents cardiovasculaires familiaux Oui / Non

7 ? Antécédents respiratoires (ex : asthme) Oui / Non

8 ? Antécédents neurologiques (ex : épilepsie) Oui / Non

9 ? ORL (oreilles, nez, gorge) Oui / Non

10 – Yeux (problèmes de vue, chirurgie) Oui / Non

11 – Antécédents psychiatriques Oui / Non

12 – Hospitalisation (dans les 5 années écoulées) Oui / Non

13 – Expérience de la nage en glacée Oui / Non

14 – Problème de réchauffement après nage en eau glacée
(Hypothermie, arythmie)
Oui / Non

15 – Expérience de pratique sportive en altitude Oui / Non

16 – Problème d'adaptation à l'altitude Oui / Non

Commentaires :

Je déclare par la présente :

- Qu'à ma connaissance mon état de santé général est bon ;
- Que j'ai déclaré toutes les informations pertinentes en ma possession pour l'évaluation de mon état de santé en vue de la pratique de la Nage Hivernale en compétition;
- Que j'autorise la transmission de ces informations à l'officiel médical de la Sword ColdSwimming Hermanville;
- Que je m'engage à informer l'officiel médical de la Sword Cold Swimming d'Hermanville-sur-mer de toute évolution de mon état de santé entre la date du présent examen et celle de la compétition

Fait à :

Date :

Signature :

Partie à remplir par le médecin examinateur (obligatoirement un médecin du sport ou un cardiologue ou à défaut un généraliste équipé d'un ECG)

- selon les préconisations en annexe :

Examen général :

- Poids :
- Taille :
- IMC :

Examen cardiovasculaire :

- Fréquence cardiaque :
- Tension artérielle :
- **Interprétation de l'ECG (obligatoire) :**

Examen respiratoire :

- Fréquence respiratoire :
- Saturation de l'oxygène :
- Mesure du Peak Flow :
- Commentaire général :

Examen ORL :

- Tympan
- Pharynx

Examen abdominal :

Examen neurologique :

Commentaire général :

Après examen, je déclare ne constater aucune contre-indication médicale pouvant empêcher la pratique de la Nage Hivernale (ou de la Nage en Eau Glacée) en compétition pour
M./ Mme.

Fait à : _____ Date : _____

Nom du médecin :

Adresse :

Spécialité :

Mail :

Téléphone :

Signature :