

FICHE MEDICALE I



F.F.V.B.
43 bis, Rue d'Hautpoul
75940 PARIS Cedex 19
Tél. 01 42 00 22 34

I (6)

FICHE CONFIDENTIELLE REMISE EN MAIN PROPRE A L'INTERESSE(E).

Nom : _____ Prénom : _____ Sexe : _____

Date de Naissance : [][][][][][][][][] N° de Club : [][][][][][][][][]

Fiche réservée à tout licencié évoluant dans sa catégorie d'âge (voir Règlements Généraux).
Visite de non contre-indication à la pratique du volley-ball.

Nom du Club : _____

APTE - INAPTE (1)
Cachet du Médecin Examineur : _____

Signature : _____ Date : [][][][][][][][][]



II (6)

Nom : _____ Prénom : _____ Date : _____

EXAMEN MEDICAL

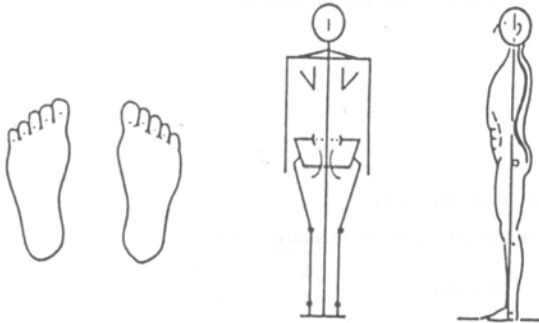
LIRE ATTENTIVEMENT LES RECOMMANDATIONS AU VERSO. TOUTE FICHE INCOMPLÈTEMENT REMPLIE SERA CONSIDÉRÉE NON VALABLE.

ANTECEDENTS MEDICAUX ET CHIRURGICAUX

EXAMEN CLINIQUE GENERAL

Taille : _____ Poids : _____
Examen d'urine : Albumine _____ Sucre _____
Périmètre xyphoïdien : Inspiration _____
Expiration _____

BILAN MORPHOSTATIQUE (4)



Une attention spéciale Médicale doit être portée aux genoux et aux épaules

TEST DE SOUPLESSE (5) : S : _____ cm
VACCINATIONS : Tétanos - date _____
Réactions tuberculiques - date _____
B.C.G. - date _____

O.D.
Acuité Visuelle : _____
O.G.

EXAMEN CARDIO VASCULAIRE

Auscultation : _____
Pouls _____ T.A. _____

TEST DE RUFFIER-DICKSON (2) IRD : _____

	REPOS	Après exercice	1 mm	3 mm
Pouls				
T.A.				

E.C.G. : OBLIGATOIRE à 35 ans et plus

EPREUVES D'EFFORT (3)

Date et Commentaires : _____

Conclusions - Remarques : _____