



WORLD FREERIDE TOUR

27 28 29 MAI 2016 LACANAU FRANCE



BULLETIN D ENGAGEMENT / REGISTRATION FORM

MAIL ME AS SOON AS POSSIBLE: mail@jetjump.com

NOM / NAME :

PHOTO :

PRENOM / FIRST NAME :

DATE DE NAISSANCE / DATE OF BIRTH :

ADRESSE / ADDRESS :

VILLE / CITY :

PAYS / COUNTRY :

MAIL :

RUNABOUT / STAND UP :

SPONSORS AND TITLE :

DON'T FORGET YOUR MEDICAL CERTIFICATE / CERTIFICAT MEDICAL OBLIGATOIRE

DROIT D ENGAGEMENTS AVEC LICENCE PILOTE / REGISTRATION WITH INSURANCE 250€

NOUS NOUS RESERVONS LE DROIT DE VALIDATION D INSCRIPTION / WE RESERVE THE RIGHT OF REGISTRATION

ENREGISTREMENT APRES LE 15 MAI OU SUR PLACE / REGISTRATION AFTER 15 MAY **50€ (en plus more)**

Lu et approuve: DATE : SIGNATURE :

FICHE DE CONTROLE MEDICO-SPORTIF **2016**

Nom : Prénom :
 Date de naissance : Taille : Poids : Groupe sanguin facteur RH :
 Adresse :

Prise de médicaments : NON OUI => si OUI, sont-ils dans la liste des produits « dopants » ? NON OUI

APPAREIL CARDIO-VASCULAIRE :

Auscultation : TENSION ARTERIELLE : /
 A partir de 50 ans E.C.G.obligatoire, puis tous les 3 ans (résultat à fournir ou le compte rendu)

TEST DE RUFFIER-DICKSON (OBLIGATOIRE)

| | | CALCUL DE L'INDICE RUFFIER | INDICE | | Résultat dans la Case correspondante |
|--|-----------|---------------------------------|-----------------|----------|--------------------------------------|
| POULS | RÉSULTATS | $\frac{Po + P1 + P2 - 200}{10}$ | Entre 0 et 5 | très bon | |
| Po (au repos) | | | De 5 à 10 | bon | |
| P1 (après 30 flexions en 45 secondes) | | | De 10 à 15 | médiocre | |
| P2 (1 minute après l'exercice) | | | Au dessus de 15 | mauvais | |

APPAREIL RESPIRATOIRE :

Etat de la cage thoracique Peak Flow :
 Auscultation :

APPAREIL OSTEO-ARTICULAIRE ET MUSCULAIRE

Etat des membres Supérieur Droit : Gauche :
 Inférieur Droit : Gauche :
 Appréciation de la musculature corporelle : prothèses éventuelles :

SYSTEME NEUROLOGIQUE :

Anomalies éventuelles : Parésie : Paralyse :

OPHTALMOLOGIE :

Port de lunettes ou de lentilles NON OUI
 (si port de lentilles, vous devrez être en possession d'une paire de lunettes en cas de perte d'une ou des deux lentilles pendant la manifestation)
 Altération de la vision des couleurs, la vision monoculaire NON OUI

Le Médecin examinateur soussigné constate que le patient (Nom/Prénom)

- Ne présente pas de contre indication pour la pratique du sport motonautique en COMPÉTITION
- Présente une contre indication médicale et demande l'avis de la Commission Médicale

Fait à : le

Signature du médecin (obligatoire)

Cachet du Médecin (obligatoire)

2016 Sport Medical Control/Exam Record

Lastname: Name:

Date of Birth: Height: Weight: Blood Group RH factor:

Address:

Any Medication: NO YES if so, are they in the category of "doping"? NO YES

Cardio-vascular apparatus

| | |
|--------------|-----------------------------|
| Visit: | Blood Pressure:/..... |
|--------------|-----------------------------|

Ruffier-Dickson Test (mandatory)

| | | Calculation of the Ruffier Index | Index | Results |
|---|---------|----------------------------------|---------|--------------|
| Blood Pressure | Results | $\frac{Po + P1 + P2 - 200}{10}$ | 0 - 5 | Very Good |
| P0 (at rest) | | | 5 - 10 | Good |
| P1 (after 30 flexions in 45 seconds) | | | 10 - 15 | Average |
| P2 (1 minute after) | | | Over 15 | Insufficient |

Respiratory Apparatus

| | |
|--------------------------------------|------------------|
| Status/health of the Rib Cage: | Peak Flow: |
| Visit: | |

Osteo Articular Device

| | | |
|--|---------------------------|-------------------|
| Status/health of the Members | Upper right member: | Upper Left: |
| | Lower right member: | Lower Left: |
| Evaluation of the Body Muscles : Possible Prothesis: | | |

Neurological System

| | |
|------------------------------------|------------------|
| Possible Anomalies: Paresis: | Paralysis: |
|------------------------------------|------------------|

Ophthalmology

| | | |
|---------------------------|-----------|------------|
| Wearing Glasses ou Lenses | NO: | YES: |
|---------------------------|-----------|------------|

Does not show any counter indication to practice jetski free ride sport in competition

Doctor Signature (mandatory): Date: (Mandatory Stamp)

IMPORTANT : Any voluntary or not omission is the undersigned declarant's responsibility