SWORD COLD SWIMMING : 24 Janvier 2027

CERTIFICAT MEDICAL

Documents à renvoyer en version dématérialisée à l'organisateur avant 18/01/2027

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 Cold Swimming 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 :
- Tympans
- 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 :