

SAISON 2016-2017

CIAPPACAN NICE

En plus de la fiche de renseignements.

Il faudra toujours 2 photos, une photocopie carte d'identité ou passeport et cotisation 120€ réglable en 2 fois si besoin.

Nous vous remettrons ensuite votre demande de licence à signer et faire tamponner par votre médecin après lui avoir fait voir votre questionnaire médical FFR.

POUR LES JOUEURS DE 40 ANS ET PLUS ET UNIQUEMENT:

Au 1^{er} juillet de l'année sportive (1^{er} juillet 2016) vous aurez en plus du questionnaire médical, une prise de sang et un test d'effort à fournir sachant que cela est valable 5 ans (si vous les avez déjà fait et qu'ils ont moins de 5 ans cela vous couvrira également de la durée restante.

Exemple j'ai fait un test d'effort et une prise de sang en 2014 c'est bon pour la licence 2017 et je devrai en refaire un en 2019.)

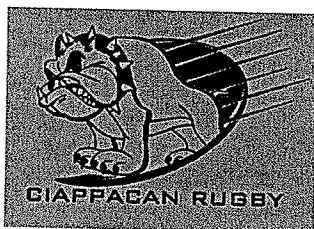
Tous ces renseignements sont privés et à la différence de la licence compétition ne sont pas à fournir lors de la validation de la licence seul le tampon du médecin compte.

par contre ils peuvent être demandés par le président de la commission médicale FFR en cas d'antécédents et en cas d'accident. (En cas de fausses déclarations l'assurance ne vous couvrira pas.)

comme le bureau des CIAPPACAN n'a pas accès à ces renseignements et afin de vous sensibiliser, nous avons adopté le système de nombreux clubs loisirs de vous faire signer le fait que vous avez bien reçu le questionnaire médical et que vous vous engagez à le respecter. Le rugby est un sport magnifique mais il est l'un des sports les plus accidentogènes, même si nous adaptons les règles en loisirs, il reste un sport de contact.

Merci de faire l'effort de respecter ces demandes de la FFR elles vous protègent (faire un bilan de santé tous les 5 ans après 40 ans quand on joue au rugby c'est la moindre des choses) ainsi que votre club.

Pour les nouveaux nous allons mettre si possible les documents en ligne sur le site à ce soir.



ATTESTATION DE REMISE DU QUESTIONNAIRE MEDICAL.

Moi _____, en demande de licence rugby loisir pour la saison 2016-2017 au club CIAPPACAN RUGBY affilié à la FFR.

Reconnait par la présente avoir reçu en main propre des dirigeants du club CIAPPACAN RUGBY le questionnaire médical de la FFR.

Ce questionnaire relevant de la sphère privée du joueur je m'engage sur l'honneur à le communiquer à mon médecin lors de la signature de ma licence et à le mettre à la disposition de la FFR sur demande de celle-ci.

Je prends acte que le fait de mentir sur ce questionnaire ou de ne pas le remettre à mon médecin lors de ma visite médicale pour la pratique du rugby loisir engage ma responsabilité civile, me fait perdre l'assurance de ma licence FFR et me désengage du club CIAPPACAN RUGBY qui ne peut être tenu pour responsable de mon manquement à l'éthique.

Je comprends clairement qu'en apposant ma signature sur le présent document dénommé « attestation de remise du questionnaire médical » je renonce, à mon nom propre et en celui de mes héritiers et de tous autres ayant droits, au droit de poursuivre en justice le club et association CIAPPACAN RUGBY ainsi que chacun de ses membres.

Fait pour valoir ce que de droit.

Nom prénom :

date :

Signature (précédée de lu et approuvé)

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Nom :

Prénom :

Date de Naissance :

Sexe : Masculin Féminin

Ces informations sont garantes de votre affiliation à la FFR. Elles doivent être rigoureusement identiques aux justificatifs d'identité. Tout dossier non conforme sera refusé et nécessitera la reprise de la procédure d'affiliation depuis le début.

Lieu de naissance :

Code Postal de naissance :

Pour les personnes nées à l'étranger le code postal est 99000

N° Sécurité Sociale : _ _ _ _ _

Coordonnées :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Pays :

Téléphone :

Domicile : Liste rouge : OUI NON

Portable :

Professionnel :

Email :

Autorisations CNIL : OUI NON

Les informations recueillies feront l'objet d'un traitement informatique destiné au suivi des membres affiliés à la Fédération et à la gestion des licences. A ce titre, le site a fait l'objet d'une déclaration réglementaire à la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL). Si vous choisissez NON, les informations ne pourront pas être utilisées à des fins commerciales, associatives ou humanitaires

1/ Description des obligations :

L'âge s'entend au 01 juillet de la saison

Examens recommandés ou obligatoires pour la pratique en Rugby Loisir :

1/ QUESTIONNAIRE MEDICAL SPECIFIQUE une fois par an.

2) EXAMEN CLINIQUE de non contre-indication à la pratique du Rugby Loisir : obligatoire tous les ans.

3) EXAMENS COMPLEMENTAIRES :Entre 18 et 39 ans : examens recommandés

- Cardiologie : électrocardiogramme de repos tous les 5 ans
- Biologie : bilan glucido-lipidique lors de l'affiliation

A partir de 40 ans : examens obligatoires

- Cardiologie : électrocardiogramme de repos et épreuve d'effort tous les 5 ans (tous les ans si anomalies ou antécédents)
- Biologie : bilan glucido-lipidique tous les 5 ans (ou tous les ans si anomalies ou antécédents)
- IRM cervicale ou lombaire tous les ans pour les joueurs de 1^{ère} ligne présentant des antécédents

Certificat de non contre-indication Rugby Loisir délivré par le médecin traitant sur présentation du bilan. Possibilité de vérification de la conformité du bilan (1, 2, 3) par le président de la commission médicale territoriale. Possibilité de demande d'expertise (IRM d'un canal cervical étroit par exemple) aux frais du joueur ou de la joueuse.

NB : Tous les examens sont à la charge du joueur ou de la joueuse. Pas de remboursement par l'Assurance Maladie sauf prescription par le médecin traitant, en fonction des réponses au questionnaire spécifique ou des antécédents.

2 / Pour Validation de la licence.

Certificat de non contre-indication Rugby Loisir délivré par le médecin traitant sur présentation du bilan.

2/ Questionnaire médical spécifique :

Ce document doit être rempli lors de l'examen complet permettant d'apprécier l'absence de contre-indication à la pratique du rugby à partir de 40 ans au sein des compétitions organisées par le comité et/ou la FFR.

NOM – Prénom : Date de naissance :

Cardiologie :Souffrez-vous d'hypertension artérielle ? non ouiSouffrez-vous d'hypercholestérolémie ? non ouiFumez-vous ? non oui

Si oui, combien par jour et depuis combien de temps ?

Dans votre famille, vos proches ont-ils eu :

De l'hypertension ? non oui Si oui, à quel âge ?Un accident vasculaire ? non oui Si oui, à quel âge ?Un infarctus ? non oui Si oui, à quel âge ?Avez-vous déjà eu un électrocardiogramme ? non ouiUn échocardiogramme ? non ouiUne épreuve d'effort maximal ? non ouiAvez-vous déjà eu une phlébite ? non ouiUne embolie pulmonaire ? non ouiDes troubles de la coagulation ? non oui

A quand remonte votre dernier bilan sanguin ?

Date :

Etait-il normal ? non ouiAvez-vous du diabète ? non ouiQuelqu'un de votre famille ? non oui

Crâne :

Avez-vous déjà été hospitalisé pour ?

Traumatisme crânien..... non oui
Perte de connaissance..... non oui
Épilepsie..... non oui

Avez-vous déjà eu des troubles de l'équilibre ?..... non oui
des troubles neurologiques ?..... non oui
une paralysie ?..... non oui
des troubles sensitifs ?..... non oui
une ou des commotions cérébrales ?..... non oui

Rachis :

Avez-vous déjà eu des problèmes vertébraux ?..... non oui
Une anomalie à l'imagerie (radio, scanner, IRM) ?..... non oui
Lumbago, sciatique vraie ?..... non oui
Entorse cervicale ?..... non oui
Fracture ou luxation du rachis ?..... non oui
Tassement vertébral ?..... non oui
Canal cervical étroit ?..... non oui
Canal lombaire étroit ?..... non oui

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus

Date : _____

Signature : _____

3/ Validation par le président de la commission médicale du Comité Territorial :

Les documents ci-dessus doivent être conservés par le joueur et le médecin traitant et pourront être réclamés pour contrôle par le président de la commission médicale territoriale ou par le médecin mandaté par le président de la commission médicale territoriale.

Les 10 règles d'or « Absolument pas n'importe comment » **Recommandations éditées par le Club des Cardiologues du Sport**

- 1-** Je signale à mon médecin toute douleur dans la poitrine ou tout essoufflement anormal survenant à l'effort.
- 2-** Je signale à mon médecin toute palpitation cardiaque survenant à l'effort ou juste après l'effort
- 3-** Je signale à mon médecin tout malaise survenant à l'effort ou juste après l'effort
- 4-** Je respecte toujours un échauffement et une récupération de 10 min lors de mes activités sportives
- 5-** Je bois 3 ou 4 gorgées d'eau toutes les 30 min d'exercice, à l'entraînement comme en compétition
- 6-** J'évite les activités intenses par des températures extérieures <- 5 ° C ou > + 30° C et lors des pics de pollution
- 7-** Je ne fume jamais dans les 2 heures qui précèdent et suivent la pratique sportive
- 8-** Je ne consomme jamais de substance dopante et j'évite l'automédication en général
- 9-** Je ne fais pas de sport intense si j'ai de la fièvre ni dans les 8 jours qui suivent un épisode grippal (fièvre + courbatures)
- 10-** Je pratique un bilan médical avant de reprendre une activité sportive intense (plus de 35 ans pour les hommes et plus de 45 ans pour les femmes)