



13 rue Jules Ferry  
54520 LAXOU  
Tél.03 83 27 90 12



www.laxoucaroule.com  
laxoucaroule@wanadoo.fr

**FICHE D'INSCRIPTION 2017\*  
INDIVIDUELLE \***

**FICHE DE RENOUELEMENT 2017\*  
FAMILLE \***

\* Rayer les mentions inutiles

Je soussigné(e), pratiquant Route\* VTT\* VAE\*  
Choix de licence : Petit Braquet\* Grand Braquet\*

Nom..... Prénom.....

Né(e) le..... Lieu de naissance.....

Profession..... N° de téléphone.....

Adresse.....

Code postal..... Ville.....

Courriel : .....

N° adhérent « Laxou ça roule »..... N° Licence FFCT .....

Déclare m'inscrire au club « LAXOU ça roule » et m'engage à

- Respecter le code de la route, de la nature et les consignes données par les responsables.
- Ne pas nuire au Club par ma tenue physique et morale,
- A payer mes cotisations correspondantes aux licence et assurance
- **A être en possession d'un certificat médical de non contre-indication de la pratique du vélo (à joindre pour une première inscription)**
  - Le port du casque est indispensable.

Dans le prix demandé sont comprises : licence F.F.C.T., assurance et cotisation. **Validité du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 2017.** Les vélos ne sont pas assurés en formule Petit Braquet.

A....., le.....

Signature

Chèque n°..... du.....

Etabli à l'ordre du club « Laxou ça roule ». Indiquer au dos la date d'encaissement qui peut être différé.

Notez bien :

- Vous n'êtes plus assurés après le 1<sup>er</sup> janvier de l'année suivante.
- L'assurance prendra effet à la réception du dossier à la F.F.C.T.
- La licence est envoyée par mail



**FEDERATION FRANÇAISE DE CYCLOTOURISME**  
Commission médicale nationale  
**Examen médical du cyclotouriste**

Sur l'avis de la commission nationale médicale, le comité directeur a estimé qu'il est de son devoir d'inciter les adhérents de la Fédération française de cyclotourisme à se soumettre régulièrement à un examen médical.

De plus, à sa demande, l'assureur a accepté de lier la garantie "décès cardio-vasculaire" ou cérébro-vasculaire (AVC) du contrat " Petit braquet et Grand Braquet" à la production d'un certificat médical de non contre indication à la pratique du cyclotourisme.

Bien que cette pratique exclue toute forme de compétition, il n'en reste pas moins qu'il s'agit d'un sport susceptible d'amener les sollicitations cardiaques au maximum de leur fonction.

Eu égard aux recommandations internationales, il est prudent de faire pratiquer une épreuve d'effort après 45 ans chez l'homme et 50 ans chez la femme.

Nous sommes conscients du travail que constitue l'examen médical du sportif, et vous remercions de votre collaboration.

Le médecin fédéral national.

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... Sexe : ..... Profession : .....

Club d'affiliation : .....: N° de licence

**CERTIFICAT MEDICAL**

Je soussigné (e), Dr ..... certifie avoir examiné ce jour

M. Mme. Mlle. ....et qu'il (elle) ne présente aucune contre-indication à la pratique du Cyclotourisme.

(Discipline excluant toute forme de compétition)

A.....le .....

**Signature et cachet du médecin :**  
**(Obligatoire avec ses coordonnées)**

Document à présenter à un médecin du sport, votre médecin référant ou un autre médecin de votre choix pour la délivrance du certificat de non contre-indication et à conserver.

Les licenciés membres individuels doivent nous adresser **obligatoirement** une copie pour une première adhésion à la FFCT.



## EXAMEN MEDICAL TYPE (FACULTATIF)

Fortement recommandé

### Antécédents sportifs

Autres pratiques : .....

Cyclotourisme: Depuis combien de temps ? .....

Volume de pratique (km/an) : .....

### Antécédents médicaux

Familiaux : Maladies ou décès d'origine cardiaque dans la famille ?      oui       non

Hypertension artérielle?      oui       non

Maladies métaboliques (diabète, cholestérol, triglycérides,...)?      oui       non

La ou lesquelles : .....

Personnels :

- Age: plus de 45 ans?
- Hypertension artérielle
- Diabète
- Hyperlipidémie (diabète, triglycérides)
- Tabagisme
- Sédentarité (arrêt de toute pratique sportive régulière depuis plus d'un an)
- Stress
- Prise médicamenteuse: laquelle : .....
- Antécédents chirurgicaux: lesquels : .....
- Autres : (vertiges, troubles visuels, crise convulsives,...)

**Examen clinique :** Taille : ..... Poids : ..... IMC : Pds en Kg / (T en m)<sup>2</sup> = .....

Périmètre abdominal (normal : homme < 102 cm ; femme < 88 cm) : .....

### Cardio-vasculaire :

Signes fonctionnels à l'effort    oui       non

Si OUI lesquels? (Palpitations, douleurs thoraciques, gêne respiratoire,...).....

Auscultation cardiaque : .....

TA de repos : ..... Pouls de repos : .....

Pouls périphériques tous perçus :

Examens recommandés : Test de Ruffier et ECG de repos

Test de Ruffier (30 flexions en 45 secondes)	Valeurs	Interprétation du Test
Pouls de repos : P1		0      exceptionnel
Pouls à la fin des flexions : P2		0 à 5      robuste, entraîné
Pouls 1 mn après la fin des flexions : P3		5 à 10      banal, améliorable
Indice de Ruffier = (P1+P2+P3) - 200 / 10		10 à 15      mal adapté
		15 à 20      très mal adapté

### ECG de repos :

**(fortement conseillé après 40 ans)**

**Pulmonaire :** Signes fonctionnels à l'effort    oui       non

Si OUI lesquels? (Toux, gêne respiratoire, asthme,...) .....

Pick Flow ou Pico 6

**Appareil locomoteur :** Rachis : .....

Membres supérieurs : .....

Membres inférieurs : .....

**Neurologique :** Troubles de l'équilibre : épreuve de Romberg yeux fermés = .....

Troubles de la vision (corrigés ou pas) : .....

Troubles de l'audition (corrigés ou pas) : .....

Antécédent de crise convulsive : .....

**Uro-génital :** .....

**Autres :** État bucco-dentaire : .....