



**FEDERATION FRANCAISE DE NATATION  
COMITE REGIONAL DE LA COTE D'AZUR**

292 avenue de Cannes 06210 MANDELIEU  
Tel : 04 93 49 23 16 - E.mail : [ffncoteazur@aol.com](mailto:ffncoteazur@aol.com)

**CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION  
AUX PRATIQUES DE LA NATATION EN COMPETITION  
TOUTES DISCIPLINES**

CATEGORIE				
BENJAMIN *	MINIME *	CADET *	JUNIOR *	SENIOR/ MAITRE *

(\* renseigner l'année d'âge correspondante)

Sexe masculin

Sexe féminin

Taille :

I.M.C. :  
(indice de masse corporelle)

Prise de sang : Fait

Non fait

Numération Formule – Ferritinémie – Glycémie – Créatinémie - Natrémie- Kaliémie –

**Pour les plus de 40 ans** : Cholestérolémie HDL – LDL – TG

Examen d'urine Fait

Non fait

ECBU

Examen cardiologique (cardiologue tout les deux ans) :

Fait

Non fait

Examen cardiologique (cardiologue tout les deux ans) :

Fait

Non fait

Dernier ECG :

Dernier écho doppler cardiaque :

Dernière épreuve d'effort VO2 max :

A.U.T.(Autorisation à usage thérapeutique) :

Je, soussigné(e), Docteur \_\_\_\_\_,  
diplômé(e) de la capacité de médecine du sport certifie que : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ ne présente aucune contre-indication apparente à  
la pratique de la natation en compétition.

Fait le \_\_\_\_\_  
à \_\_\_\_\_.

Signature et cachet du médecin :