

Arrêté du 16 juin 2006 modifiant l'Arrêté du 11 février 2004

1^{ère} INSCRIPTION

Pour être inscrits sur la liste des sportifs de haut niveau ou sur la liste des sportifs Espoirs prévues aux articles 2 et 11 du décret du 29 avril 2002 susvisé, les sportifs doivent effectuer les examens suivants

NATURE DES EXAMENS MEDICAUX PREALABLES A L'INSCRIPTION SUR LES LISTES MINISTERIELLES

1. Une échocardiographie transthoracique de repos *joindre compte rendu avec la conclusion*
2. Une épreuve d'effort d'intensité maximale (couplée, le cas échéant, à la mesure des échanges gazeux et à des épreuves fonctionnelles respiratoires) *joindre compte rendu avec la conclusion*
3. Un ECG de repos standardisé *joindre compte rendu avec conclusion et une copie du tracé* Cf. [fiche médicale](#)
4. Un examen médical réalisé par un médecin diplômé **en médecine du sport**. Cf. [fiche médicale](#)
5. Bilan biologique sanguin : **NFS, réticulocytes et ferritine** *uniquement pour les plus de 15 ans*
6. Une recherche par bandelette urinaire de **protéinurie, glycosurie, hématurie, nitrites**.
7. Un examen dentaire certifié par un spécialiste. *Joindre le certificat dentaire*

Ces examens doivent être effectués **qu'à partir du 1^{er} Avril** et devront être adressés par mail au Département médical : medical@ffnatation.fr **avant le 1^{er} septembre impérativement** ainsi que L'Autorisation d'Utilisation des Données Médicales dûment remplie et signée Cf. [document](#)

Remarques importantes :

1. Un certificat médical établi par le médecin du sport n'est pas valable s'il n'est pas joint à la [fiche médicale](#)
2. Ces examens sont pris en charge par le dépt médical-FFN **si la totalité des examens a été effectuée**,
3. Adresser par la poste les factures **originales** jointes à un RIB (**remboursement fin d'année**)
4. Les soins dentaires, le détartrage et le panoramique dentaire ne sont pas pris en charge (voir CPAM)
5. Un examen effectué hors de ces 7 points et/ou au-delà de sa fréquence ne sera pas pris en charge

NOM PRENOM de L'Athlète :

Autorisation d'utilisation des données médicales des athlètes de haut niveau

Afin que la Fédération Française de Natation, via le Service Médical, puisse récolter et gérer le suivi des données personnelles et médicales des athlètes de haut niveau dans le cadre de la mise en œuvre d'un traitement informatique de surveillance médicale, la personne auprès de laquelle sont recueillies ces données est informée :

- de l'identité du responsable du traitement ;
- de l'objectif de la collecte d'informations ;
- des destinataires des informations ;
- des droits qui lui sont reconnus ;
- de l'absence de transfert de ces données vers un pays hors de l'Union Européenne.

Cette information complète est délivrée dans un courriel d'information transmis à chaque athlète de haut niveau, concomitamment à la présente autorisation.

Le traitement des données récoltées ne peut avoir lieu, conformément à l'article 32 de la Loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, qu'avec le consentement exprès et préalable de la personne concernée par ledit traitement.

Je soussigné(e) Madame/Monsieur, en qualité d'athlète de haut niveau licencié de la FFN (n° de licence :),

Reconnaît avoir été informé(e) des prescriptions visées ci-dessus, et autorise la FFN à utiliser mes données personnelles et médicales dans le cadre de la mise en place du traitement informatique de surveillance médicale des athlètes de haut niveau intégré au logiciel sécurisé « Almerys TeamLive ».

Si l'athlète est mineur(e) :

Je soussigné(e), (père, mère, tuteur.....), **en tant que représentant légal de**), athlète de haut niveau licencié de la FFN (n° de licence :),

reconnaît avoir été informé(e) des prescriptions visées ci-dessus, et autorise la FFN à utiliser les données personnelles et médicales de mon enfant/pupille mineur dans le cadre de la mise en place du traitement informatique de surveillance médicale des athlètes de haut niveau intégré au logiciel sécurisé « Almerys TeamLive ».

Pour exercer le droit d'accès et de rectification dont vous bénéficiez (cf. loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978, veuillez-vous adresser au service chargé du droit d'accès :

Fédération Française de Natation
Département Médical
À l'attention de Mme CARINI
14 Rue Scandicci – Tour Essor 93
93508 PANTIN CEDEX
Tél : 01 41 83 87 45 – Mail : ouardia.carini@ffnatation.fr

Fait à, le

Signature de l'athlète:

Signature des parents :

(En cas de minorité de l'athlète)

FICHE D'EXAMEN MEDICAL INSCRIPTION - SMR

Examen préventif (2 fois par an) non pris en charge par la CPAM

A adresser au dépt médical-FFN - Dr J.P.CERVETTI 14 rue Scandicci 93508 Pantin Cedex Tél : 01-41-83-87-45 ou par mail medical@ffnatation.fr

Nom:	Prénom:	Né(e) :	Age :	ans	Sexe :
Examen le:	Médecin:	<u>Entraînement</u> Nb Séances/sem. :		Nb heures :	
Scolarité Niveau :	Activité Professionnelle :		Discipline :		
Adresse :					
Tél portable :			Email : (important)		

ANTEDECENTS MEDICAUX/Mise à jour depuis le dernier examen :

Familiaux :

Personnels

- Médicaux :
- Traumatiques :
- Chirurgicaux :
- Allergies :

VACCINATION Derniers rappels DDTC-Polio :

Autres:

EXAMEN COMPLEMENTAIRE

Poids :	Taille :	BMI :	Envergure :		
<u>Plis cutanés</u>	Bi :	Tri :	S/Scap :	S/III :	TOTAL:
Masse grasse par impédancemétrie:	% (facultatif)			Masse grasse pli:	%

EXAMEN URINAIRE Glucose : Protéines : Hématies : Nitrites :

ACCUTE VISUELLE OD : OG :
Correction : Oui/Non Lunettes : Oui/Non Lentilles: Oui/Non Date dernière visite :

A.U.T :

Electro-Cardio-Gramme de repos	1 fois/ an et valable un an Joindre une copie du tracé	
Rythme		
C.A.V.	PR :	
C.I.V.	QTc :	
Repolarisation		

	F.C.	T.A.
REPOS		
Commentaire		

SPIROMETRIE (facultatif)
C.V. :
V.E.M.S :
Peak Flow :

CONCLUSION

SYMPTOMES ACTUELS

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Doléances • Prise de médicaments • Régime alimentaire • Gynécologie : | <ul style="list-style-type: none"> • Scolarité : • Humeur : • Troubles de sommeil : • Cycle – DDR : |
| <ul style="list-style-type: none"> • Contraception | |

EXAMEN DENTAIRE date :

EXAMEN CLINIQUE

Cardiologique :

Pouls périphériques :

Pneumologique :

ORL : **Nez :** **Oreille :** **Sinus :** **Gorge :**

Aires ganglionnaires :

Abdomen : **Rate :** **Foie :** **Troubles fonctionnels :**

Génito-urinaire : **Infection urogénitale :** **Fosses lombaires :**

Orifices herniaires : **Stade pubertaire :**

Dermatologique :

Neurologique :

Locomoteur :

Podoscopie :

Statique :

Rachis : **Sagittal :**

Frontal :

Membres supérieurs

Epaule: **Rot Int. :** **Rot Ext. :**

Coude :

Poignet :

Main :

Membres inférieurs

Hanche :

Genoux : **Laxité :**

Cheville : **Laxité :**

Souplesse générale :

BILAN BIOLOGIQUE Oui/Non **joindre le bilan**

BILAN PSYCHOLOGIQUE Oui/Non **joindre le bilan**

OBSERVATIONS & CONCLUSION (obligatoire) Estimation d'une bonne tolérance à l'entraînement

Je soussigné(e)

Dr en Médecine du sport certifie avoir examiné

et avoir constaté, ce jour, l'absence de signe clinique décelable contre indiquant la pratique en stage et en compétition.

Date, Signature et Cachet

DEPARTEMENT MEDICAL

TARIFS AU 1^{er} FEVRIER 2016

**PLAFOND DE REMBOURSEMENT DES EXAMENS MEDICAUX
DANS LE CADRE DE LA SURVEILLANCE MEDICALE
DES SPORTIFS INSCRITS SUR LES LISTES MINISTERIELLES**

INTITULE DE L'EXAMEN	TARIF
IRM IRCERVICALE EBQJ002 uniquement pour la discipline PLONGEON	100 €
ECHOCARDIOGRAPHIE DZQM006	100 €
EPREUVE D'EFFORT VO2 EQRP002	101 €
EPREUVE D'EFFORT VO2 GLRP004	122 €
EPREUVE D'EFFORT DKRP004	77 €
CONSULTATION CARDIOLOGIQUE avec ECG DE REPOS	45 €
CONSULTATION CLINIQUE avec ECG de REPOS et BILAN PSYCHOLOGIQUE	70 €
CONSULTATION CLINIQUE avec BILAN PSYCHOLOGIQUE	50 €
CONSULTATION CLINIQUE avec L'ECG de REPOS	50 €
CONSULTATION PSYCHOLOGIQUE <i>effectuée par un psychologue</i>	40 €
CONSULTATION CLINIQUE	35 €
CONSULTATION DENTAIRE	23 €
BILAN BIOLOGIQUE SANGUIN NFS-Réticulocytes-Ferritine	TARIF LABO
RECHERCHE PAR BANDELETTE URINAIRE Protéinurie, Glycosurie, Hématurie, Nitrites	TARIF LABO

Examens non pris en charge par le Dépt Médical FFN

1. Une anomalie décelée lors d'un examen préventif reste à la charge de la CPAM
2. Le bilan diététique reste à votre charge
3. Les soins dentaires (le détartrage, le panoramique et autres) restent à la charge de la CPAM
4. Un examen effectué hors du Suivi Médical Réglementaire reste à votre charge
5. Un examen effectué au-delà de sa fréquence reste à votre charge
6. Un bilan biologique sanguin effectué chez les moins de 15 reste à votre charge
7. Autres paramètres sanguins effectués hors du Suivi Médical Réglementaire restent à votre charge