

# ATTESTATION D'ENTRAINEMENT DU PARTICIPANT

A retourner impérativement avant le **5 octobre 2012**

**Attention : à remplir par tous les compétiteurs transplantés ou dialysés.**

Je, soussigné(e), ..... certifie pratiquer une activité physique et sportive régulièrement :  
.....

***Trans-Forme recommande un minimum de 3 fois par semaine pendant au moins 20 minutes.***

- Je pratique en loisirs :

Citer le(les) sport(s) explicitement :

- 1 –
- 2 –
- 3 –
- 4 –

- Je pratique en compétition : aucun

Citer le(les) sport(s) explicitement :

- 1 –  
*Niveau de compétition :*
- 2 –  
*Niveau de compétition :*
- 3 –  
*Niveau de compétition :*
- 4 –  
*Niveau de compétition :*

- **Mon traitement actuel**

	<b>Nom du médicament</b>	<b>Fréquence/ 24 heures</b>	<b>Doses</b>
<b>1</b>			
<b>2</b>			
<b>3</b>			
<b>4</b>			
<b>5</b>			
<b>6</b>			

Fait à ..... le .... /...../.....

Nom, Prénom et Signature

# CERTIFICAT-TYPE M1 DU MEDECIN QUI VOUS SUIT EN TRANSPLANTATION OU EN DIALYSE

**A retourner impérativement avant le 5 octobre 2012**  
**Attention : valable pour tous les compétiteurs transplantés ou dialysés**

Le présent certificat médical est important pour le comité d'organisation local pour appréhender la forme physique des compétiteurs participant au Reims à Toutes Jambes

Nous vous remercions d'examiner votre patient pour savoir s'il est capable de participer aux compétitions de votre point de vue médical – Merci d'avance de votre aide !

NOM DE LA MANIFESTATION : **Reims à Toutes Jambes**

DATE DE LA MANIFESTATION : **21 octobre 2012**

---

Je, soussigné(e), Docteur ..... Tél. ....

certifie que l'état de santé de  Mme  Mlle  Mr .....

né(e) le ..... / ..... / .....

❖ **Dialysé(e)** depuis le ..... / ..... / .....

❖ **Transplanté(e)** (1) de ..... le ..... / ..... / .....

- **Pour les transplantés de cœur**, indiquez la date de la dernière coronarographie ou échographie de stress : ..... / ..... / .....
- **Pour les transplantés de poumon**, indiquez la date de la dernière EFR : : ..... / ..... / .....
- Taux d'hématocrite \_\_\_\_\_ %
- Taux d'hémoglobine \_\_\_\_\_ g%ml
- Taux de créatinine \_\_\_\_\_ µmol/l
- Le traitement en cours :
  - Immuno-Suppresseur : \_\_\_\_\_
  - Anti-Hypertenseur : \_\_\_\_\_

**\* ne présente pas de contre indication apparente à la pratique de l'activité physique y compris en compétition. (1)**

**\* présente actuellement une contre-indication. (1)**

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature et cachet

(1) Rayer la mention inutile

**CERTIFICAT-TYPE M2 DU CARDIOLOGUE, MEDECIN DU SPORT,  
OU DU MEDECIN QUI VOUS SUIT EN TRANSPLANTATION OU EN  
DIALYSE**

**A retourner impérativement avant le 5 octobre 2012**  
**Attention : valable pour les activités à coût énergétique moyen ou fort**

NOM DE LA MANIFESTATION : **Reims à Toutes Jambes**

DATE DE LA MANIFESTATION : **21 octobre 2012**

Je, soussigné(e), Docteur ..... Tél. ....

1. **déclare avoir pris connaissance de l'épreuve d'effort, de la N.F.S. et du profil tensionnel d'effort**  
effectués pour de  Mme  Mlle  Mr .....  
datant du .... / ..... / .....(2)

**Concernant les résultats de l'épreuve d'effort, doivent impérativement être indiqués:**

- le traitement en cours :
- la date de l'Epreuve d'Effort :
- la Puissance Maximale tolérée et la durée :
- le % de Fréquence Maximale Théorique :
- la cause de l'arrêt de l'effort :
- le résultat du tracé ECG d'effort (1) : sans anomalie - avec anomalie
- la tension artérielle au repos et maximale :

2. **déclare avoir examiné**  Mme  Mlle  Mr .....

**Au vu des antécédents et des résultats de l'examen clinique général effectués, et en particulier :**

- l'aptitude ostéo-articulaire et de l'aptitude musculo-tendineuse,
- l'évaluation du risque cardio-vasculaire avec :
- de l'ECG de repos (à joindre si possible) : \_\_\_\_\_
- du test de flexions (30 flexions en 40 secondes) indice de RUFFIER : \_\_\_\_\_ (0 à 15)
- tension artérielle maximale : \_\_\_\_\_ mmHg
- tension artérielle 1 minute reçu : \_\_\_\_\_ mmHg
- du taux d'hémoglobine : \_\_\_\_\_ g/ml
- du taux d'hématocrite : \_\_\_\_\_ %
- pour le transplanté, du taux de créatinine : \_\_\_\_\_ µmol/l

3. **et certifie qu'il / elle ne présente pas de contre-indication à la pratique des sports suivants :**  
course à pied en compétition

4. **et atteste qu'il (elle) n'est pas actuellement apte (1)**

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

**Signature et cachet**

(1) rayer la mention inutile

(2) Attention, l'épreuve d'effort doit dater de moins de 4 mois avant le début de la manifestation pour les dialysés et transplantés de cœur et cœur-poumon, et de moins de 6 mois avant le début de la manifestation pour les autres transplantés.