

MEDICAL DOCTOR CERTIFICATE
CERTIFICAT DU MEDECIN

Name Christian Name

Nom Prénom

FEDERATION

I certify that I have examined the above candidate
And in my opinion find

HIM/HER / FIT/UNFIT

To hold our International Licence as driver or
Observer for Water Ski Racing.

*Je certifie avoir examiné le candidat ci dessus et le
déclare*

APTE / INAPTE

*à être titulaire de la Licence Internationale de Pilote
ou Observateur de Courses de SKI NAUTIQUE.*

Signature Date

Name / Nom Qualification

Address / Adresse

Telephone Number / Tel.

Prescription Number

N° de prescription

To be returned to the National Federation
A retourner à la Fédération Nationale

To be completed by the applicant in the examiner's presence
A compléter par le postulant en présence de l'examineur

Have you suffered from : / *Avez-vous souffert de :*

1 – Epilepsy or other fits / *Epilepsie ou autre crise*

YES / NO - *OUI / NON*

2 – Fits, fainting attacks, severe vertigo, loss of consciousness

YES / NO

Attaques syncopes, vertiges sévères, perte de conscience

OUI / NON

3 – Diabetes / *Diabètes*

YES / NO - *OUI / NON*

4 – Heart trouble or abnormalities

YES / NO

Troubles cardiaques ou anomalies

OUI / NON

5 – Severe chest trouble / *Sévères troubles respiratoires*

YES / NO - *OUI / NON*

6 – Deformities or malfunction of limbs or part of

YES / NO

Déformation ou mauvais fonctionnement partiel ou total des poumons

OUI / NON

If the answer to any question is YES, please give details below:

Si la réponse à une question est OUI, veuillez donner des détails ci-dessous:

I declare that answers to the questions above are true (If information is withheld suppressed or
deliberately misleading or false, you may be liable to suspension of the licence)

*Je déclare que les réponses aux questions ci-dessus sont sincères. (En cas de suppression,
Omission ou information délibérément trompeuse vous risquez la suspension de licence)*

SIG.

DATE

Medical Examination / *Examen médical*

1 – Chest / *Pulmonaire*

2 – Heart / *Cardiaque*

B.P. / *Tension*

Puls / *Pouls*

3 – Eyesight / *Oculaire*

Right eye / *Oeil droit*

Left eye / *Oeil gauche*

from near / *de près R.N.*

from near / *de près L.N.*

from far / *de loin V.*

from far / *de loin V.*

Please state whether the glasses are used for far vision, minimal requirements 6/24 in one eye
6/9 in the other.

Prière de préciser si les verres sont utilisés pour la vision de loin, minimum nécessaire :

3/10° sur un œil 7/10° sur l'autre.

4 – Fields of vision / *Champ visuel*

5 – Colour: Is the candidate able to distinguish RED, YELLOW, BLACK, BLUE, GREEN

Couleurs: le candidat est-il capable de distinguer le ROUGE, JAUNE, NOIR, VERT et BLEU

6 – Urine : Alb / *Albumine*

Sugar / *Sucre*

NOTE: The applicant is responsible for any medical fee payable.

NOTA: Le compétiteur est responsable des honoraires médicaux

This questionnaire is confidential.

Ce questionnaire est confidentiel.