

	GdB	<h2 style="margin: 0;">Certificat médical annuel vétérán</h2>	<p><b>ANNEXE 1 - Formulaire 5</b>          adoption : CD du 13/12/2008          entrée en vigueur : 01/09/2009          validité : permanente          secteur : ADM          remplace : Chapitre 2.2.F5&amp;F6-2008/1          nombre de pages : 1</p>
---	-----	---	---

*5 grammes de plumes, des tonnes d'émotion*

**ENGAGEMENT POUR LE CERTIFICAT MEDICAL VETERAN**

Le badminton est un sport à sollicitation **cardiovasculaire intense** quel que soit le type de pratique. **Le risque de mort subite au cours d'une activité physique intense augmente après 40 ans.**

Ce certificat doit être établi par tout médecin titulaire du Doctorat d'État, inscrit à l'Ordre des Médecins.

Seul le Médecin au cours de son examen est apte à décider de la nécessité de pratiquer des examens complémentaires tels qu'un Electrocardiogramme, une épreuve d'effort, une échographie, un bilan biologique etc., en fonction des signes d'alerte et des facteurs de risque. (Examens recommandés par le consensus médical)

**Le nombre minimum de deux facteurs de risque (en sus de l'âge) est habituellement retenu.**

Néanmoins, le médecin examinateur pourra prescrire ces examens dans certains cas où il y aurait moins de deux facteurs de risque, après en avoir apprécié l'importance (tabagisme élevé, antécédent familial de mort subite, etc.).

Les facteurs de risques sont les suivants : tabagisme ; hérédité ; antécédents familiaux de maladie cardiovasculaire ; anomalies du bilan lipidique ; hypertension artérielle ; diabète ; obésité ; atteinte de la fonction rénale ; élévation de la CRP.

**Je déclare avoir pris connaissance et compris ces informations concernant ma santé et la pratique du badminton. Je ne saurais ainsi me retourner contre la FFBA pour ces motifs. Je sollicite donc une licence Vétérán Compétition.**

Fait le ..... à ..... le joueur .....  
*(Signature du joueur précédée de la mention « lu et approuvé » )*

**Certificat médical**

Dép ..... Club .....

Nom ..... Prénom .....

né(e) le : / /

Je soussigné(e), Docteur en Médecine, certifie avoir examiné M .....et, après avoir pratiqué les examens recommandés par le consensus médical et lui avoir expliqué les risques dus à son âge, je certifie que son état ne présente pas de contre indication à la pratique du badminton en compétition en catégorie sénior et vétérán.

Fait à ..... le ..... signature et cachet du médecin examinateur

*Toute déclaration erronée ou fourniture de faux documents dégage la responsabilité de la FFBA. Ces examens ne sont pris en charge ni par la Fédération Française de Badminton, ni par les organismes sociaux*

*L'utilisation de ce formulaire est obligatoire*