CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE DU RUGBY

Rappel :
L'original de ce certificat médical doit être remis au club dans lequel **NOM PRENOM**, né(e) le jj/mm/aaaa, s'affilie pour la saison 2019-2020.
Une version scannée de ce certificat médical doit être déposée sur le formulaire d'affiliation dématérialisée du demandeur (étape 4 du formulaire d'affiliation sur le site www.ovale2.ffr.fr).

ZONE RESERVEE AU MEDECIN

NOTE A L'ATTENTION DES MEDECINS POUR CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE DU RUGBY
Le Comité médical de la FFR et ses différents experts ont rédigé le document « Visite médicale de non contre-indication à la pratique du rugby / Aide à la consultation » que vous pouvez consulter sur le site www.ffr.fr à la rubrique : AU CŒUR DU JEU / COMITE MEDICAL / REGLEMENT MEDICAL. En cas d'interrogation, vous pouvez joindre le Président de la Commission médicale de votre ligue régionale.
Pour les joueurs de plus de 35 ans, un avis cardiologique de non contre-indication à la pratique du rugby est conseillé.
Pour les joueurs et arbitres de plus de 40 ans, des examens complémentaires sont obligatoires (voir sur site FFR « DOCUMENT MEDICAL POUR LICENCE …. » en fonction de la pratique et de l'âge.)

Je soussigné(e),
Nom, prénom : _____ Téléphone : _____
Titre et qualification :_____
Adresse :_____

certifie avoir pris connaissance de la notice annexe « Aide à la consultation » et atteste que **NOM PRENOM** ne présente aucune contre-indication cliniquement décelable :

- ☐ A la pratique du rugby en compétition, y compris aux postes de 1ère ligne
- ☐ A la pratique du rugby en compétition, sauf aux postes de 1ère ligne
- ☐ A la pratique de l'arbitrage en compétition
- ☐ Pour entrainer

Indiquez le nombre de cases cochées ci-dessus : ☐1, ☐2, ☐3, ☐4
NB : La validation de la non contre-indication à la pratique du rugby en compétition valide aussi la pratique de l'arbitrage en compétition et/ou la pratique de l'entrainement.

Le présent certificat a été établi à la demande du patient (ou de son représentant légal) et lui a été remis en main propre.

Aucune rature n'est autorisée.

Signature et cachet obligatoires du praticien :

Date : _____
N° d'enregistrement au Conseil de l'Ordre : _____

ASSURANCES

ZONE RESERVEE A L'AFFILIE

Je reconnais avoir pris connaissance sur mon formulaire d'affiliation (Etape 3 du formulaire sur le site www.ovale2.ffr.fr) :
1/ des contraintes spécifiques liées à la pratique du rugby, tant à l'entraînement qu'en compétition, et de la nécessité d'une préparation adéquate, notamment de la colonne vertébrale, selon le poste occupé.
2/ des garanties responsabilité civile et individuelle accidents dont je bénéficie par l'intermédiaire de ma licence souscrite auprès de la FFR pour lesquelles une notice figure ci-dessous (bouton "Prendre connaissance des assurances et des options facultatives").
3/ de mon intérêt à souscrire des garanties individuelles complémentaires.
4/ que lesdites garanties complémentaires proposées figurent au dos du présent document et me permettent en particulier de porter la limite des garanties de 4,5 à 6 M€ maximum pour les IPP importantes.

Je confirme avoir choisi l'option suivante :
Option 1 : Je décide de souscrire aux garanties complémentaires qui me sont proposées et je remplis les formalités correspondantes
Option 2 : Je décide de ne pas souscrire aux garanties complémentaires qui me sont proposées, en toute connaissance de cause.

Date :
Signature du demandeur
(Représentant légal si le demandeur est mineur)

FÉDÉRATION FRANÇAISE DE RUGBY

FFR

CERTIFICAT MEDICAL
NON CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE DU RUGBY

Article 234 des règlements généraux

Nouveauté réglementaire 2019-2020

Le document médical est remplacé par un formulaire d'aide à la consultation annexé au certificat médical téléchargé via Oval-e. Il doit être présenté par le licencié lors de la consultation.
ATTENTION, ce document comporte des éléments confidentiels, seul le certificat médical est à annexer au formulaire Oval-e. **Le questionnaire médical doit être conservé par le licencié ou le médecin.**

Validité du document

- **Un an** à compter de la certification par le médecin.
- Consultation auprès d'un **docteur en médecine** avec présentation des examens obligatoires.

Mentions obligatoires

- **Identité du patient** (nom, prénom, date de naissance).
- **Identification du médecin** (nom, prénom, adresse, qualité).
- **Date** de l'examen.
- **Constatations** médicales et **conséquences** résultant de l'examen.
- Acte établi à la **demande du patient** (ou représentant légal) et **remis en main propre**.
- **Signature manuscrite** du médecin.
- **Cachet** du médecin.

Extrait de l'arrêté du 09 juillet 2018 fixant les caractéristiques de l'examen médical relatif à la délivrance du certificat médical :

[…] Pour la pratique du rugby à XV et à VII :

a) De 12 à 39 ans, en compétition ou hors compétition, une attention particulière est portée sur :
– l'examen cardio-vasculaire ;
– l'examen du rachis ;

b) A partir de 40 ans, en compétition :
– il est complété par la réalisation d'une remnographie cervicale tous les 2 ans pour les joueurs de première ligne entre 40 et 44 ans et, à partir de 45 ans, tous les ans pour les joueurs de première ligne et tous les 2 ans pour les joueurs des autres postes ;
– une attention particulière est portée sur l'examen cardio-vasculaire et sur la surveillance du bilan biologique glucido-lipidique ;

c) A partir de 40 ans, hors compétition, une attention particulière est portée sur :
– l'examen du rachis cervical ;
– l'examen cardio-vasculaire et sur la surveillance du bilan biologique glucido-lipidique.

Saison 2019-2020