

Photo  
d'identité  
obligatoire

**DOSSIER MEDICAL**  
**DANS LE CADRE D'UNE INTEGRATION**  
**EN POLE FRANCE OU POLE ESPOIRS**  
**SAISON 2007/2008**

NOM : Prénom : Sexe : F  M   
Date de naissance : .../.../.... Discipline :  
Comité : Club :

**Attention :** Les familles engageront la procédure et les examens médicaux pour l'admission dans la filière après avoir obtenu un avis favorable de la Commission Sportive d'admission ; soit après le 6 juin 2007

Le dossier médical est à retourner sous pli séparé et cacheté au Dr Lykke DUNAND, Médecin coordonnateur du suivi médical de la Filière.

- **pour le 27 mars 2007** pour une intégration en Pôle France dans la structure d'appui scolaire du Lycée d'Albertville - classe Terminale 1<sup>ère</sup> année ou Première 2<sup>ème</sup> trimestre selon les disponibilités (rentrée d'avril 2007)
- **pour le 30 juin 2007** pour les candidats admis à l'issue des commissions sportives des 5 et 6 juin 2007

Adresse pour l'envoi du dossier : Fédération Française de ski - BP2451 - 74011 ANNECY CEDEX

Suite à la Commission Sportive d'Admission 2007, vous avez été admis(e) sportivement en Pôle. Précisez lequel en cochant la case correspondant :

- POLE FRANCE ALBERTVILLE
- POLE FRANCE PREMANON
- POLE ESPOIRS DAUPHINE
- POLE ESPOIRS JURA
- POLE ESPOIRS MONT-BLANC
- POLE ESPOIRS PACA
- POLE ESPOIRS PYRENEES
- POLE ESPOIRS SAVOIE
- POLE ESPOIRS VOSGES

**Etablissement scolaire d'origine – Précisez l'adresse :**

.....  
.....

Formation suivie en 2006-2007 :

Classe ou niveau : .....  
Série : ..... Option : .....  
LV1 : ..... LV 2 : .....

**Etablissements demandés à la rentrée 2007 :**

*Cf. liste des établissements en page 5 et 6 du dossier d'admission.*

**Choix**

1.....

Choix

2.....

Choix 3.....

Formation souhaitée en 2007- 2008 :

Classe ou  
niveau : .....

série : ..... Option : .....

.....

LV1 : ..... LV 2 :

.....

*Formation envisagée en cas de non validation du premier choix :*

Classe ou  
niveau : .....

Série : ..... Option : .....

LV1 : ..... LV 2 :

.....

### **REMARQUE IMPORTANTE**

La FFS ayant reçu délégation, en application de l'article 26 de la loi n° 84-610 du 16 juillet 1984 modifiée par la loi du 6 juillet 2000 article 23 et du décret d'application n° 2002-707 du 29 avril 2002, elle doit assurer l'organisation de la surveillance médicale particulière à laquelle sont soumis ses licenciés inscrits sur la liste nationale des sportifs de haut niveau et des licenciés inscrits dans les filières d'accès au sport de haut niveau (espoirs et partenaires d'entraînement), telle que celle-ci est prévue par le décret n° 2004-120 du 6 février 2004 et l'arrêté du 11 février 2004 modifié le 16 Juin 2006.

Selon l'article 1<sup>er</sup> du titre I<sup>er</sup> de l'arrêté du 11 février 2004 modifié le 16 Juin 2006, cet examen doit être réalisé dans les 3 mois précédant leur entrée dans les filières d'accès au haut niveau et leur inscription sur la liste nationale des sportifs de haut niveau.

- ✚ Cet examen n'est **obligatoire** que lors de la première inscription.
- ✚ Il est à la **charge des familles** - (*sauf dans le cas où le sportif a déjà été répertorié dans la filière ski durant la saison 2006/2007: prise en charge financière par la FFS*) - à l'exception de l'échocardiographie à hauteur de 50€ .
- ✚ Il est à engager – **sans plus attendre** - après le premier avis favorable de CSA (validation sportive de la recevabilité de la demande d'admission – début Juin 2007.)

**Afin de respecter cette réglementation désormais en vigueur, nous vous remercions de respecter les démarches suivantes :**

- 1) les Fiches "**Antécédents Médicaux et Chirurgicaux**" sont à faire remplir et signer par les parents et à faire viser par le médecin le jour de la visite.
- 2) La majorité des examens requis pourront être réalisés aisément dans une structure médico-sportive (*voir la liste non exhaustive page suivante*). Il suffira au médecin de la structure de remplir les fiches "**d'examen médical d'aptitude**" du dossier, à moins que la structure ne soit équipée du logiciel TEAM SANTE ; dans ce cas, le dossier pourra alors être transmis directement au bureau médical de la FFS par voie électronique.
- 3) En outre et préalablement à l'examen médico-sportif, le sportif devra avoir subi :
  - a. *une échocardiographie transthoracique de repos réalisée par un cardiologue avec compte rendu médical (cf ci-joint liste non exhaustive de cardiologues ayant l'habitude de pratiquer ces examens à des skieurs)*
  - b. *un examen dentaire certifié par un spécialiste.*

Les comptes rendus de ces examens devront être apportés au centre médico-sportif le jour de la visite.

**NB : Il n'est pas nécessaire pour les candidats qui ont déjà rempli ce dossier de refaire tous les examens mentionnés. Dans ce cas, nous adresser la copie du dossier déjà réalisé. L'examen médical complet comportant le certificat de non contre-indication devra quant à lui avoir été réalisé depuis moins de trois mois.**

### **RAPPEL**

**ADRESSER CE DOSSIER MEDICAL sous pli confidentiel AU :**

**Dr Lykke DUNAND**

**Médecin coordonnateur du suivi médical de la Filière**

**Fédération Française de ski - BP 2451 - 74011 ANNECY CEDEX**

**LISTE NON EXHAUSTIVE DES CENTRES MEDICO-SPORTIFS (\*)**

(\*) ou tout autre Centre Médico-Sportif ou Médecin Libéral titulaire du CES de Médecine du Sport et équipé du matériel nécessaire pour pratiquer les tests (en particulier VO<sub>2</sub>, puissance maximale, anaérobie lactique).

♦ <b><u>PYRENEES</u></b>	<b>TARBES</b>	CENTRE MEDICO-SPORTIF TARBES HAUTES PYRENEES PLACE ANATOLE France RUE TRISTAN DEREME 65000 TARBES ☎	♦ <b><u>LYONNAIS</u></b>	<b>PIERRE BENITE</b>	CENTRE HOSPITALIER LYON SUD Service de Médecine du Sport Chemin Grand Revoyet 69310 PIERRE-BENITE ☎ 04.78.50.95.15
	<b>FONT ROMEU</b>	LYCEE CLIMATIQUE ET SPORTIF PIERRE DE COUBERTIN DR HARDELIN 5 AVENUE PIERRE DE COUBERTIN 66120 FONT ROMEU ☎04.68.30.83.00		<b>EDOUARD HERRIOT</b>	HOPITAL EDOUARD HERRIOT Dr BRUNET- GUEJ 5 Place Arsonval - BAT A 69437 LYON CEDEX 03 ☎ 04.72.11.76.09
♦ <b><u>HAUTE SAVOIE</u></b>	<b>ANNECY</b>	CENTRE MEDICO-SPORTIF GYMNASE LYCEE BERTHOLLET ANGLE BD NICOLLET /BD TAINE 74000 ANNECY ☎ 04.50.57.48.46	♦ <b><u>SAVOIE</u></b>	<b>ALBERTVILLE</b>	CENTRE DE MEDECINE DU SPORT DE HAUT NIVEAU 88 bis rue de la République 73200 ALBERTVILLE ☎ 04.79.37.85.42
	<b>CHAMONIX</b>	ENSA DR JP HERRY 35 Route du Bouchet 74400 CHAMONIX MT BLANC ☎04.50.53.69.57		<b>CHAMBERY</b>	CENTRE HOSPITALIER 73000 CHAMBERY ☎ 04.79.96.50.50
♦ <b><u>COTE D'AZUR</u></b>	<b>NICE</b>	SERVICE MEDECINE DU SPORT C.H.U. L'ARCHET DEUX 151 Route de St-Antoine de Ginestière BP 3079 - 06202 NICE Cedex 3 ☎ 04.92.03.61.26 – Fax : 04.92.03.65.65	♦ <b><u>COTE D'AZUR</u></b>	<b>ANTIBES</b>	SERVICE DE MEDECINE DU SPORT Hopital d'Antibes Service de Cardiologie 06600 ANTIBES ☎04.92.91.78.26 – Fax 04.92.91.75.93
				<b>ALSACE</b>	<b>MULHOUSE</b>
			<b>VOSGES</b>	<b>STRASBOURG</b>	UNITE D'EXPLOITATION FONCTIONNELLE ATHLETES DE HAUT NIVEAU Médicale A - Service 125 CHR Hôpital Civil 67005 STRASBOURG Cedex ☎ 03.88.11.67.68
♦ <b><u>ALPES PROVENCE</u></b>	<b>BRIANCON</b>	CENTRE MEDICO-SPORTIF Avenue Jean Moulin – 05100 BRIANCON ☎ 04.92.20.10.33	♦ <b><u>JURA</u></b>	<b>BESANCON</b>	HOPITAL Dr SIMOND-RIGAUD Service de Médecine du Sport Place St-Jacques 25000 BESANCON ☎ 03.81.66.81.66 - 03.81.66.85.35
♦ <b><u>ISERE</u></b>	<b>GRENOBLE</b>	SERVICE DE MEDECINE DU SPORT Hôpital SUD AVENUE DE KIMERLEY 38130 ECHIROLLES ☎ 04.76.76.54.94	♦ <b><u>JURA</u></b>	<b>BESANCON</b>	UFR STAPS – Dr ROUILLON 31 Rue de l'Epitaphe 25030 BESANCON ☎03.81.66.56.53 03.81.66.67.83
♦ <b><u>AUVERGNE</u></b>	<b>CLERMONT FERRAND</b>	CHU CLERMONT FERRAND SERVICE DE MEDECINE DU SPORT ET EXPLORATION FONCTIONNELLE HOPITAL G. MONTPIED 58 RUE MONTALEMBERT 63003 CLERMONT FERRAND CEDEX 1 ☎04.73.75.16.60	♦ <b><u>JURA</u></b>	<b>PREMANON</b>	CNSN PREMANON 1848 ROUTE DES PESSETTES 39220 PREMANON ☎03.84.60.78.37 FAX 03.84.60.77.93
♦ <b><u>PARIS</u></b>	<b>INSEP</b>	11 AVENUE DU TREMBLAY 75012 PARIS DR JOUSSELLIN ☎ 01.41.74.41.00			

**LISTE DES CARDIOLOGUES**

MEDECIN	ADRESSE	TELEPHONE
<b>Dr TOURREILLE</b>	23 Route de Chambéry 73200 GILLY SUR ISERE	04.79.37.43.37 04.79.37.96.53 (fax)
<b>Dr HEINEN</b>	14 Rue Président Coty 73200 ALBERTVILLE	04.79.37.44.06
<b>Dr BENARAB</b>	Centre hospitalier 73200 ALBERTVILLE	04.79.89.55.55
<b>Dr HADAD</b>	Hôpital 73300 St Jean de Maurienne	04.79.20.60.20
<b>Dr Jean-Philippe MATHIEU</b>	Cabinet de Cardiologie de l'Emeraude 2 Rue Jean Jaurès -74000 ANNECY	04.50.45.60.60
<b>Dr CORDIER Jean-Luc Et CANU Philippe</b>	101 rue Faucigny 74700 SALLANCHES	04 50 58 18 44
<b>Dr BROIN Patrick</b>	BP118- 74703 SALLANCHES CEDEX	04 50 47 30 89
<b>Dr RIVAL Marc-André</b>	19 av Marechal Randon 38000 GRENOBLE	04 76 42 68 85
<b>Dr PAGE Eric</b>	45 av Marie Reynoard 38100 GRENOBLE	04 76 29 17 77
<b>Dr ZIMMERMAN Hugues</b>	Centre Hospitalier Avenue Léon Jouhaux 39100 DOLE	03 84 79 80 65
<b>Dr FOURNIER Eric</b>	Le Baltimore 6 rue Villars 05000 GAP	04.92.51.38.25 <a href="mailto:e.fournier@neuf.fr">e.fournier@neuf.fr</a>
<b>Dr BELLEMIN J.Philippe</b>	5 Avenue Général de Gaulle 73000 CHAMBERY	04.79.85.60.50 04.79.85.07.76 (fax)

**QUESTIONNAIRE PREALABLE AU CONTROLE MEDICAL**

**(à remplir avec l'aide des parents)**

**FICHES ANTECEDENTS MEDICAUX ET CHIRURGICAUX**

<b>NOM</b> ..... <b>Prénom</b> : ..... <b>Date de naissance</b> : ..... <b>Adresse</b> : ..... ..... ..... .....e-mail .....	<b>Nom et Prénom du Tuteur</b> : ..... ..... <b>Club</b> : ..... <b>Entraîneur</b> : ..... <b>Médecins traitants</b> : .....
--	--

**1) SPORTS PRATIQUES**

Spécialité sportive principale : .....  
 Nombre d'heures d'entraînement par semaine : .....  
 Nombre de séances d'entraînement par semaine : .....  
 Fréquence des compétitions : .....  
 Autres sports pratiqués : .....  
 .....  
 Avez-vous changé d'activité sportive ?    oui  non   
 Pour quelles raisons ? .....  
 Avez-vous eu de longues interruptions ?    oui  non   
 Combien de temps ? .....

**2) ANTECEDENTS FAMILIAUX (grand-parents, parents, frères et sœurs) : Précisez l'affection**

- Maladies cardiaques (mort subite, infarctus, hypertension)    oui  non
- Asthme - Allergies    oui  non
- "Maladie nerveuse"    oui  non
- Maladies graves    oui  non
- Ulcères (estomac)    oui  non
- Diabète    oui  non

**3) ANTECEDENTS MEDICAUX - MALADIES :**

*Avez-vous eu les maladies ci-après ?*

- Asthme    oui  non
- Primo-infection - Tuberculose    oui  non
- Autres affections respiratoires (pleurésie, pneumonie, bronchites fréquentes)    oui  non
- Maladies du cœur, palpitations, douleurs    oui  non
- Hypertension artérielle, varices    oui  non
- Maladies des reins et voies urinaires, coliques néphrétiques    oui  non

- Albumine dans les urines    oui  non
- Maladies de l'estomac, aigreurs, digestion difficile, troubles de l'appétit    oui  non
- Maladies du foie ou jaunisse    oui  non
- Maladies de l'intestin, douleur, constipation, diarrhée    oui  non
- Diabète    oui  non
- Maladies des glandes et maladies métaboliques, tétanie, spasmophilie    oui  non
- Variations importantes de poids : prise de poids, amaigrissement    oui  non
- Maladie du sang (hémophilie ou autre)    oui  non
- Méningite, encéphalite    oui  non
- Paralysie, poliomyélite    oui  non
- Convulsions, épilepsie, crise nerveuse    oui  non
- Surmenage, dépression nerveuse ou troubles nerveux    oui  non
- Rhumatisme articulaire aigu    oui  non
- Maladies de la peau (eczéma, urticaire ou autres)    oui  non
- Otites, mastoïdites, troubles de l'audition    oui  non
- Sinusites fréquentes    oui  non
- Angines fréquentes, rhinopharyngites, laryngites    oui  non
- Avez-vous porté ou portez-vous des lunettes ?    oui  non
- Maladies des yeux    oui  non
- Réactions allergiques (vaccins, médicaments, aliments, etc)    oui  non



**EXAMEN MEDICAL D'APTITUDE**

**(à remplir par le médecin)**

NOM : ..... Date de naissance : .....

Prénom : ..... Age : .....

Date de l'examen : ..... DISCIPLINE PRATIQUEE : .....

Section sportive suivie : ..... Club : .....

Section scolaire souhaitée : ..... Médecin examinateur : .....

**PATHOLOGIES DE LA SAISON PRECEDENTE**

Médicales : .....

.....

.....

Traumatiques : .....

.....

.....

Signes fonctionnels : .....

.....

.....

**BILAN BIOMETRIQUE**

Taille debout : ..... cm      Masse grasse : ..... %      Plis = .....

Poids : ..... kg      Masse maigre : ..... kg      Somme = .....

Stade pubertaire (1 à 5) : .....      Vitesse de croissance = ..... cm / an

Conclusions : .....

**BILAN CARDIO-VASCULAIRE**

Signes fonctionnels : .....

Auscultation : ..... TA = .....

ECG : compte rendu détaillé = .....

.....

Indice de Ruffier : (.....) - 200 / 10 = .....

Echocardiographie - rapport succinct (joindre compte rendu précis du cardiologue) : .....

.....

.....

Conclusions : .....

<b>ANALYSE D'URINES (par bandelette)</b>
Recherche de : Proteinurie : ..... Glycosurie : ..... Hématurie : ..... Nitrites : .....

<b>APPAREIL LOCOMOTEUR</b>
<p><b>* RACHIS</b></p> <p><i>Statique vertébrale :</i> . anomalie frontale (examen des flèches) : .....          . anomalie sagittale : .....          . statique du bassin : .....</p> <p><i>Dynamique vertébrale :</i> . test de Shober : 10 - ..... cm          . flexion - extension - rotation : .....</p> <p><i>Conclusions :</i> .....</p> <p><b>* MEMBRES INFERIEURS</b></p> <p><i>Axes jambiers :</i> . varum : ..... . valgum : ..... . normo-axé : .....          . flessum : ..... . récurvatum : .....          . torsion tibiale : .....</p> <p><i>Souplesse musculaire :</i> . quadriceps (talon-fesse) : ..... . ischios : .....          . psoas : ..... . mollets : .....</p> <p><i>Palpation des points d'ossification à la recherche de pathologie ostéochondrale :</i> .....</p> <p><i>Examen des hanches (liberté articulaire) :</i> .....</p> <p><i>Examen des genoux :</i></p> <p>- Recherche de laxité : . laxité interne ou externe à 30° de flexion : .....          . lachman à 10° de flexion : .....          . tests dynamiques : .....          . autres anomalies : .....</p> <p>- Rotules : . points douloureux : .....          . rabot ou accrochage rotulien ou en flexion-extension : .....</p> <p><i>Examen des chevilles :</i> . laxité : .....          . flexion dorsale ou plantaire : .....          . autre : .....</p> <p><i>Pieds :</i></p> <p>- Examen podoscopique : . creux : ..... . plats : ..... . normal : .....          - Recherche d'exostose ou anomalie liées à la chaussure de ski : .....</p> <p><b>* MEMBRES SUPERIEURS :</b> .....</p> <p>.....</p>



AUTRES EXAMENS
<p><b>* EXAMEN PULMONAIRE</b></p> <p>Auscultation : .....</p> <p>Exploration fonctionnelle respiratoire : .....</p>
<p><b>* EXAMEN OPHTALMOLOGIQUE</b></p> <p>Signes fonctionnels : .....</p> <p>Port de verres correcteurs (type = lentilles, verres sous masque, etc) : .....</p> <p>Acuité visuelle :      OD = .....              OG = .....</p> <p>Avec correction :      OD = .....              OG = .....</p>
<p><b>* EXAMEN DENTAIRE : joindre compte rendu certifié du dentiste</b></p>
<p><b>* EXAMEN NEUROLOGIQUE</b></p> <p>Réflexes ostéotendineux : .....</p> <p>Equilibre : .....</p>
<p><b>* EXAMEN ORL</b></p> <p>Pathologies ORL récidivantes : .....</p> <p>Audition : .....</p>
<p><b>* EXAMEN GYNECOLOGIQUE</b></p> <p>Troubles de la puberté : .....</p> <p>Moyens contraceptifs : .....</p>

OBSERVATIONS PARTICULIERES
<p>Examens complémentaires nécessaires à la détermination de l'aptitude au ski demandés : .....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

CONSEILS D'ENTRAINEMENT (observations sur les tests de suivi d'entraînement)
<p><i>Examen clinique</i> : .....</p> <p><i>Tests aérobies</i> : .....</p> <p><i>Tests anaérobies</i> : .....</p>

**DETERMINATION DE L'APTITUDE (cocher la case correspondante)**

*Je Soussigné ,.....*

*certifie avoir examiné ce jour : (Nom, Prénom).....*

*et n'avoir constaté aucune contre-indication apparente*

*et avoir constaté une contre-indication temporaire*  *définitive*

*à la pratique du ski de compétition.*

*Signature et cachet du médecin :*

**A - EPREUVES D'EFFORT TOUTES DISCIPLINES (pour le SAUT SPECIAL pas de seuil anaérobie)**

Date des Tests : ..... Médecin : ..... C.M.S. : .....

**EVALUATION FONCIERE** (cf protocole – fiche médicale 4)

\* **VO<sup>2</sup> max** :      directe                      ou                      indirecte (\*)  
    bicyclette                      ou                      tapis (\*)

VO<sup>2</sup> max = ..... L / mn    soit ..... ml / mn / kg

Lactate max = ..... mmol

\* **Détermination du seuil anaérobie** :                      ventilatoire                      ou                      lactique (\*)

		Repos	Récupération Active (50 – 60 % de VO2 max)	Transition Aérobie Anaérobie	à VO <sup>2</sup> max
Adaptation Cardiaque	Fréquence				
	Fréquence				
Adaptation Ventilatoire	Volume				
	Débit				
	QR				
Adaptation Métabolique	Lactates				
	Consommation O <sup>2</sup>				
	VO <sup>2</sup> L/mn				
	VO <sup>2</sup> ml/mn/kg				
Paramètres Mécaniques	Vitesse km / h				
	Pente				
	Puissance Watts				
Récupération	FC à 30"		TA à 1'		
	FC à 1'				
	FC à 2'				
	FC à 4'		TA à 4'		

(\*) Rayer la mention inutile

Absence d'anomalies d'ECG et métaboliques à l'effort : OUI  NON

Signature du Médecin :

**B - EPREUVES D'EFFORT FACULTATIVES A COMPLETER SI REALISEES**

Date des Tests : ..... Médecin : ..... C.M.S. : .....

**EVALUATION DE LA PUISSANCE** (cf protocole – fiche médicale 4)

**TEST DE PUISSANCE ANAEROBIE ALACTIQUE**

Poids	PAA Watts	PAA W / kg	Fo Kg	Vo trs / mn	Vor trs / mn

**PUISSANCE ANAEROBIE LACTIQUE = TEST DE WINGATE (sauf Saut Spécial et Combiné Nordique)**

Charge kg	Puissance Moyenne Watts	W / kg	PC Watts	PF Watts	PF / PC	Lact mmol

**TEST DE BOSCO**

SJ cm	CMJ cm	DIF cm	DROP JUMP 60			REBOUND JUMP	
			Hauteur	Tc (ms)	P (w / kg)	Hauteur	Puissance

**FORCE ISOMAX**

JAMBE Droite		JAMBE Gauche		DIF G % D		FORCE ISOMAX 2 JAMBES		
FORCE	rfd150	FORCE	rfd150	FORCE	rfd150	FORCE	FORCE	rfd150
N	N/s	N	N/s	%	%	N	N/kg	N/s

**PROTOCOLE SKI ALPIN – SKI FREESTYLE – SNOWBOARD – SAUT SPECIAL**

**EVALUATION FONCIERE = VO<sup>2</sup> DIRECTE**

- . sur vélo ou tapis roulant, . au printemps de préférence,
- . sur tapis, à pente nulle, . paliers de 2 minutes,
- . dès le seuil ventilatoire dépassé, accéder le plus vite possible à la valeur maximale pour obtenir la PMA.

Pour le compte rendu des examens, tenir compte du seuil ventilatoire, du QR = 1 et de la courbe de cinétique lactique le cas échéant. Essayer de faire un compte rendu sous la forme d'un tableau synthétique (cf fiches tests d'effort) ou autre tableau avec les mêmes données.

**EVALUATION DE LA FORCE**

**\* TEST DE BOSCO ET FORCE ISOMAX**

Les tests choisis pour les groupes nationaux sont les suivants : Squat Jump, Counter Movement Jump, Drop Jump 60, Rebound Jump 15 ou 30", et pour les structures qui possèdent une plateforme la force Isomax (mesure de la force et du débit de force monopodale et bipodale) et des tests en saut simulé pour le saut à ski.

Nous rappelons que ces tests doivent être réalisés avec une extrême rigueur sous peine de mesure non fiable (voir protocoles Bosco).

**\* TEST DE WINGATE ET PAA**

Utilisés avec bicyclette ergométrique et logiciel informatisé, le *Test de PAA* est réalisé avec 3 ou 4 charges selon la précision des mesures.

Le *Test de Wingate* est réalisé ensuite à une charge égale à 75 % de la charge optimale ou égale à 100g/kg de poids corporel, soit 75 % de Fo/2 et pour une durée de 30". Mesure de lactates au repos puis 3' , 15' 30' après la fin de l'effort pour évaluer la cinétique lactique de récupération.

**PROTOCOLE DES DISCIPLINES NORDIQUES**

**EVALUATION FONCIERE = VO<sup>2</sup> DIRECTE (SAUT : pas d'évaluation du seuil anaérobie)**

- . sur tapis roulant,
- . au printemps, à l'automne et en début de saison hivernale.

Protocoles de Vitesse et de Pente :

Nous essayons d'harmoniser les protocoles en liaison avec les Centres de Médecine du Sport qui suivent les coureurs. Dans un but d'efficacité et de simplicité, nous souhaitons un protocole commun aux Filles et Garçons.

Durée du Palier (mn)	Vitesse (km/h)	Pente (%)	Début de l'épreuve (catégorie)
3	7	0	Jeunes
3	8	0	Femmes
3	9	0	Hommes
3	9	2	
3	9	4	
3	9	6	
3	10	6	
3	10	8	
3	10	10	
3	10	12	
3	11	12	
3	11	14	
3	11	16	
3	11	18	
3	12	18	

- . Dès le seuil ventilatoire dépassé, accéder le plus vite possible à la valeur maximale pour obtenir la PMA.
- . Pour le compte rendu des examens, tenir compte du seuil ventilatoire, du QR = 1 et de la courbe de cinétique lactique, des lactates max. Essayer de faire un compte rendu sous la forme d'un tableau synthétique (cf fiches Epreuves d'Effort) ou autre tableau avec les mêmes données.