

WEDSTRIJD LICENTIE 2012-2016

(Geboortjaar 1997 of ouder) Enkel nodig voor eerste maal licentie of indien licentie van voor 2013

DEEL 1: IN TE VULLEN DOOR DE ATLEET (IN DRUKLETTERS A.U.B.)

Naam:

Voornaam:

Straat + nummer:

Postcode + gemeente:

Tel:

GSM:

E-mail:

Nationaliteit:

Geboortedatum:/...../.....

Geslacht: M / V **Beroep:**

Licentienummer (indien van toepassing):

De atleet is: recreatief lid competitief lid trainer bestuurslid

Is de atleet nog lid van een andere federatie? Ja / Neen **Zo ja, welke?**

Wenst de atleet de digitale nieuwsbrief van de VTDL te ontvangen? Ja / Neen

Door deze aansluiting verklaart de atleet zich akkoord met de statuten, het huishoudelijk reglement en de sportreglementen van de VTDL/BTDF, ETU en ITU.

Datum:/...../.....

Naam:
.....

Handtekening:
.....

DEEL 2: IN TE VULLEN DOOR DE CLUB

..... TRI TEAM KNOKKE HEIST (naam club) verklaart dat bovenvermelde atleet lid is van de club.

Datum:/...../2014

Naam afgevaardigde:
..... Vandepitte Kurt.....

Handtekening:
.....

Correct ingevuld formulier, samen met digitale pasfoto en medisch attest, terugsturen naar de club, die het dan doorstuurt naar de VTDL

De verzekering van de VTDL staat in voor lichamelijke & burgerlijke aansprakelijkheid tijdens trainingen en officiële VTDL-wedstrijden (zie website). Op Vlaamse wedstrijden die niet opgenomen zijn in de VTDL-kalender, is de atleet niet verzekerd via deze polis.

MEDISCH ATTEST 2012-2016

*Enkel voor jeugd- & wedstrijdlicenties. Het medisch attest is geldig t.e.m. 2016.
Enkel nodig voor eerste maal licentie of indien licentie van voor 2013*

DEEL 3: IN TE VULLEN DOOR DE ARTS (IN DRUKLETTERS A.U.B.)

Ondergetekende arts, dr., verklaart na grondig onderzoek, dat (*naam atleet*)
geschikt tijdelijk niet geschikt niet geschikt (*schrappen wat niet past*)
is om deel te nemen aan duatlon en/of triatlonwedstrijden.

Handtekening:

Stempel:

Datum:

**CORRECT INGEVULD FORMULIER MET AANSLUITINGSFICHE & PASFOTO
TERUGSTUREN NAAR DE CLUB, DIE HET DOORSTUURT NAAR DE VTDL**

Sportmedisch onderzoek VTDL



Algemene gegevens

Naam:	Voornaam:	Geboortedatum:
Straat:	Nr:	Gemeente:
Telefoon:	GSM:	Email:
Club:	triatlon/duatlon	

Medische vragenlijst (in te vullen door de atleet)

	ja	nee	uitleg
1. Lijdt u momenteel aan een ziekte of chronische aandoening?			
2. Bent u ooit in een ziekenhuis opgenomen?			
3. Hebt u gedurende langere tijd uw sport niet kunnen beoefenen owv een medisch probleem?			
4. Maakt u tijdens wedstrijden of training gebruik van steunzolen, brace, tape e.d.?			
5. Wordt u tijdens de wedstrijden of trainingen regelmatig gehinderd door lichamelijke klachten?			
6. Neemt u momenteel medicatie (pillen, puffs)?			
7. Hebt u in het verleden voedingssupplementen of vitaminen genomen om uw gewicht of prestatie te beïnvloeden, of neemt u er nu?			
8. Hebt u een allergie? (bv. Pollen, voeding,...)			
9. Hebt u ooit huiduitslag of jeuk ontwikkeld tijdens het sporten?			
10. Bent u ooit flauwgevallen tijdens of na het sporten?			
11. Bent u ooit duizelig geweest tijdens of na het sporten?			
12. Hebt u ooit pijn in de borststreek gehad tijdens of na het sporten?			
13. Bent u sneller vermoeid dan de andere atleten van uw leeftijd?			
14. Hebt u ooit hartkloppingen of hartritmestoornissen gehad?			
15. Hebt u ooit een hoge bloeddruk of een hoge cholesterol gehad?			
16. Heeft men u ooit gezegd dat u een hartgeruis had?			
17. Is iemand van uw familie gestorven tgv hartproblemen voor de leeftijd van 50 jaar?			
18. Hebt u de laatste maand een ernstige virale infectie gehad? (vb klierkoorts)			
19. Hebt u op dit ogenblik een huidaandoening? (acné, uitslag, schimmel, wratten,...)			
20. Hebt u ooit een hoofdletsel of hersenschudding gehad?			
21. Hebt u ooit het bewustzijn verloren of geheugenverlies gehad?			
22. Hebt u ooit een epilepsie-aanval gehad?			
23. Hebt u dikwijls ernstige hoofdpijn?			
24. Hebt u ooit voosheid of tintelingen gehad in de armen of benen?			
25. Bent u ooit onwel geworden bij het sporten in grote hitte?			
26. Hebt u asthma?			
27. Hebt u ooit last gehad van hoesten, piepen of andere ademhalingsproblemen tijdens of na het sporten?			
28. Hebt u problemen met de ogen?			
29. Hebt u ooit een breuk of ontwrichting gehad?			
30. Bent u momenteel geblesseerd of bent u onlangs gekwetst geweest?			
31. Voelt u zich momenteel gestresseerd of uitgeput?			

Sportmedisch onderzoek (in te vullen door de arts)

Naam:

Datum onderzoek:

Anamnese: Cfr vragenlijst

Klinisch onderzoek

Biometrie

Lengte:	gewicht:
---------	----------

Algemeen klinisch onderzoek

Hoofd en hals	Klieren: Gebit: Oren:	Mond-en keelholte: <input type="checkbox"/> controle tandarts gewenst Ogen:	
Thorax	Hartauscultatie: T1T2: Arteriële bloeddruk: Longauscultatie:	Geruisen: Ictus:	
Abdomen	Palpatie:	Percussie:	Breukpoorten:
Urogenitaal	Urineonderzoek: <input type="checkbox"/> glucose <input type="checkbox"/> proteïnen <input type="checkbox"/> bloed		
Neurologisch	Reflexen:	Sensibiliteit:	Evenwicht:
Vasculair	a. Femoralis:	b. Poplitea:	c. Dorsalis pedis:

Locomotorisch onderzoek

Algemeen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	Mobiliteit wz			
Schouder scheefstand	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	Flexie	++	0	-
Bekken scheefstand	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	Extensie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wervelzuil			Lateroflexie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Scoliose	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	Rotatie li	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hyperlordose	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	Rotatie re	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hyperkyfose	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee				
Flatback	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee				

	LINKS			RECHTS				LINKS			RECHTS		
	++	0	-	++	0	-		++	0	-	++	0	-
Schouders													
Elevatie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Flexie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abductie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Extensie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Exorotatie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abductie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Endorotatie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Adductie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Funct. Hand-nek/rug	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Exorotatie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Horizontale adductie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Endorotatie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Horizontale adductie	+	-		+	-								
Enkels													
Dorsiflexie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Flexie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plantairflexie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Extensie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eversie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lig. laxiteit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inversie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kruisband-laxiteit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> pes cavus							Meniscustests	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> pes planus							Genu	<input type="checkbox"/> varum	<input type="checkbox"/> valgum	<input type="checkbox"/> recurvatum			
<input type="checkbox"/> spreidvoet													
<input type="checkbox"/> pes equinovarus													
<input type="checkbox"/> hallux valgus													