

# Aviron Santé

#PascalineASBE

*Pass'*  
*Aviron Santé*



**AVIRON DU COUDRAY MONTCEAUX**  
Club certifié Prescri'forme



# C'est quoi ?



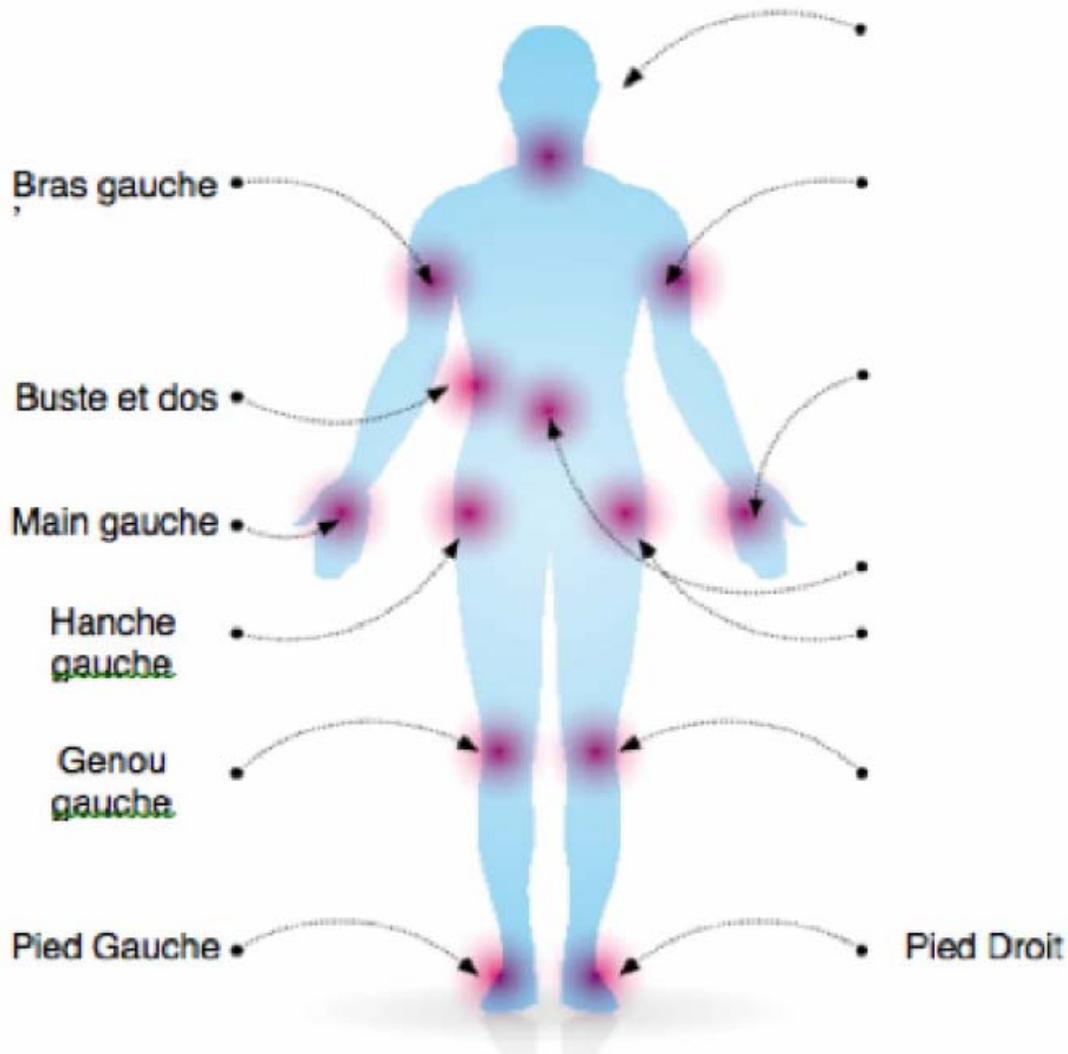
Un outil de liaison entre les différents professionnels : le médecin, le RSSBE et le Coach Aviron Santé. Il vous suivra tout au long de vos séances d'aviron.



Nom : .....  
Prénom : .....  
N° de Licence : .....  
Date de naissance : .....  
Adresse : .....  
.....  
.....  
Tél : .....  
Courriel : .....  
Médecin référent : .....  
.....



# Aidez-nous à prendre soins de vous



Autre douleurs :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....





# Aidez-nous à prendre soins de vous

## Estime de soi

	Tout a fait en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Tout a fait en accord		
	1	2	3	4		
1.	Je pense que je suis une personne de valeur, au moins égale à n'importe qui d'autre				1-2-3-4	<input type="text"/>
2.	Je pense que je possède un certain nombre de belles qualités.				1-2-3-4	<input type="text"/>
3.	Tout bien considéré, je suis porté à me considérer comme un raté				1-2-3-4	<input type="text"/>
4.	Je suis capable de faire les choses aussi bien que la majorité des gens				1-2-3-4	<input type="text"/>
5.	Je sens peu de raisons d'être fier de moi.				1-2-3-4	<input type="text"/>
6.	J'ai une attitude positive vis-à-vis moi-même.				1-2-3-4	<input type="text"/>
7.	Dans l'ensemble, je suis satisfait de moi.				1-2-3-4	<input type="text"/>
8.	J'aimerais avoir plus de respect pour moi-même				1-2-3-4	<input type="text"/>
9.	Parfois je me sens vraiment inutile				1-2-3-4	<input type="text"/>
10.	Il m'arrive de penser que je suis un bon à rien.				1-2-3-4	<input type="text"/>

## Procédure de cotation

Pour effectuer le total des notes des items il faut un premier total des items **2, 5, 6, 8, 9** auquel doit être ajouté le total des notes inversées des items **1, 3, 4, 7, 10** (1 est transformé en chiffre 4, 2 en chiffre 3, 3 en chiffre 2, 4 en chiffre 1). Vous obtenez alors un score entre 1 et 40, la moyenne homme ou femme se situant entre 31 et 34.



## Aidez-nous à prendre soins de vous

### Questionnaire d'aptitude aux Activités Physiques (Q-AAP) et vous

#### OUI - NON

- Votre médecin vous a-t-il déjà dit que vous souffriez d'un problème cardiaque et que vous ne deviez participer qu'aux activités physiques prescrites et approuvées par un médecin ?
- Ressentez-vous une douleur à la poitrine lorsque vous faites de l'activité physique ?
- Au cours du dernier mois, avez-vous ressenti des douleurs à ta poitrine lors de périodes autres que celles où vous participiez à une activité physique ?
- Éprouvez-vous des problèmes d'équilibre reliés à un étourdissement ou vous arrive-t-il de perdre connaissance ?
- Avez-vous des problèmes osseux ou articulaires (par exemple, au dos, au genou ou à la hanche) qui pourraient s'aggraver par une modification de votre niveau de participation à une activité physique ?
- Des médicaments vous sont-ils actuellement prescrits pour contrôler votre tension artérielle ou un problème cardiaque (par exemple, des diurétiques) ?
- Connaissez-vous une autre raison pour laquelle vous ne devriez pas faire de l'activité physique ?
- Souffrez-vous de fièvre, d'une grippe ou d'une autre affection passagère ? Attendez d'être remis(e)
- Vous êtes une femme ; êtes-vous enceinte ou croyez l'être ?



# Aidez-nous à prendre soins de vous

Questionnaire d'auto - évaluation du niveau d'activité physique hebdomadaire  
(D'après J. Ricci et L. Gagnon, université de Montréal, modifié par F. Laureyns et JM. Séné)

	Points					
<b>A. Comportements sédentaires</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>Score</b>
Combien de temps passez-vous en position assise par jour (loisirs, télé, ordinateur, travail, etc.) ?	+ de 5 h <input type="checkbox"/>	4 à 5 h <input type="checkbox"/>	3 à 4 h <input type="checkbox"/>	2 à 3 h <input type="checkbox"/>	Moins de 2 h <input type="checkbox"/>	
<b>B. Activités physiques de loisir (dont sport)</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>Score</b>
Pratiquez-vous régulièrement une ou des activités physiques ?	Non <input type="checkbox"/>	-	-	-	Oui <input type="checkbox"/>	
A quelle fréquence pratiquez-vous l'ensemble de ces activités ?	1 à 2 fois par mois <input type="checkbox"/>	1 fois par semaine <input type="checkbox"/>	2 fois par semaine <input type="checkbox"/>	3 fois par semaine <input type="checkbox"/>	4 fois par semaine <input type="checkbox"/>	
Combien de minutes consacrez-vous en moyenne à chaque séance d'activité physique ?	Moins de 15 minutes <input type="checkbox"/>	16 à 30 minutes <input type="checkbox"/>	31 à 45 minutes <input type="checkbox"/>	46 à 60 minutes <input type="checkbox"/>	Plus de 60 minutes <input type="checkbox"/>	
Habituellement comment percevez-vous votre effort ?	Très facile <input type="checkbox"/>	Facile <input type="checkbox"/>	moyen <input type="checkbox"/>	Difficile <input type="checkbox"/>	Très difficile <input type="checkbox"/>	
<b>C. Activités physiques quotidiennes</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>Score</b>
Quelle intensité d'activité physique votre travail requière t'il ?	Légère <input type="checkbox"/>	Modérée <input type="checkbox"/>	Moyenne <input type="checkbox"/>	Intense <input type="checkbox"/>	Très intense <input type="checkbox"/>	
En dehors de votre travail régulier, combien d'heures consacrez-vous par semaine aux travaux légers: ménages bricolage, jardinage, etc...	Moins de 2 h <input type="checkbox"/>	3 à 4 h <input type="checkbox"/>	5 à 6 h <input type="checkbox"/>	7 à 9 h <input type="checkbox"/>	Plus de 10 h <input type="checkbox"/>	
Combien de minutes par jour consacrez-vous à la marche ?	Moins de 15 minutes <input type="checkbox"/>	15 à 30 minutes. <input type="checkbox"/>	31 à 45 minutes <input type="checkbox"/>	46 à 60 minutes <input type="checkbox"/>	Plus de 60 minutes <input type="checkbox"/>	
Combien d'étage en moyenne montez-vous à pied chaque jour ?	Moins de 2 <input type="checkbox"/>	3 à 5 <input type="checkbox"/>	6 à 10 <input type="checkbox"/>	11 à 15 <input type="checkbox"/>	Plus de 15 <input type="checkbox"/>	
Total :						

Moins de 18 vous êtes sédentaire -- Entre 18 et 35 vous êtes actif -- Plus de 35 vous être très actif



# Évaluation de la condition physique

## 1er test : Équilibre sur une jambe

**But** : mesurer l'efficacité du contrôle de la posture sur un support de surface réduite.

**Matériel** : un chronomètre.

**Consignes** : le sujet se tient sur une jambe, les yeux fermés, le talon du pied opposé placé sur la face interne du genou de la jambe d'appui, bras relâchés de chaque côté du corps. Le sujet choisit le côté qui lui convient le mieux. Trois essais peuvent être réalisés.

**Mesures** : l'évaluateur commence à chronométrer dès que le sujet a une position correcte. Il arrête le chronomètre dès que le sujet perd l'équilibre (s'il commence à bouger ou dès que le pied n'est plus en contact avec le genou). Le résultat est noté en secondes.

	20 - 29 ans	30 - 39 ans	40 - 50 ans	50 - 59 ans	60 ans et +	Indice
<b>Homme</b>	≥ 31"	≥ 28"	≥ 24"	≥ 18"	≥ 14"	5
<b>Femme</b>	≥ 27"	≥ 23"	≥ 20"	≥ 16"	≥ 14"	
<b>Homme</b>	27-30"	24-27"	20-23"	14-17"	10-13"	4
<b>Femme</b>	24-26"	19-22"	16-19"	12-15"	10-13"	
<b>Homme</b>	21-26"	18-23"	12-19"	10-13"	6-9"	3
<b>Femme</b>	18-23"	15-18"	10-15"	8-11"	6-9"	
<b>Homme</b>	17-20"	14-17"	8-11"	6-9"	3-5"	2
<b>Femme</b>	15-17"	12-14"	7-9"	5-7"	3-5"	
<b>Homme</b>	≤ 16"	≤ 13"	≤ 7"	≤ 5"	≤ 2"	1
<b>Femme</b>	≤ 14"	≤ 11"	≤ 6"	≤ 4"	≤ 2"	



1	2	3	4	5
---	---	---	---	---



# Évaluation de la condition physique

## 2ème test : Flexion du tronc en avant (souplesse devant debout)

**But** : mesurer la souplesse du tronc et la chaîne postérieure des membres inférieurs.

**Matériel** : aucun.

**Consignes** : debout, jambes tendues, fléchissez le tronc en amenez vos mains le plus bas possible (sans plier les jambes) avec un mouvement de bascule du buste vers l'avant progressif et sans secousse.

**Mesures** : voir tableau ci-dessous.

HOMMES	Vous touchez le sol les doigts fermés	5
	Le bout des doigts touche te sol	4
	Le bout des doigts touche le cou du pied	3
	Le bout des doigts atteint le bas des tibias	2
	Le bout des doigts atteint le milieu des tibias	1
FEMMES	Vous touchez le sol les doigts fermés	5
	Le bout des doigts touche te sol	4
	Le bout des doigts touche le cou du pied	3
	Le bout des doigts atteint le bas des tibias	2
	Le bout des doigts atteint le milieu des tibias	1



1	2	3	4	5
---	---	---	---	---



# Évaluation de la condition physique

## 3ème test : Mesurer la force isométrique de chaque bras

**But** : mesurer la force maximale de chaque bras.

**Matériel** : ergomètre.

**Consignes** : jambes tendues, tronc immobile, n'utiliser que le bras. Tirer de façon progressive et sans secousses

**Mesures** : deux essais de 30 secondes par bras ; retenir le meilleur résultat.

Distance sur 30 secondes	Bras droit	Bras gauche
1er essai		
2ème essai		
meilleur des quatre essais		

	20 - 29 ans	30 - 39 ans	40 - 50 ans	50 - 59 ans	60 ans et +	Indice
Homme	>100 m	> 97 m	> 88 m	> 85 m	> 82 m	5
Femme	> 91 m	> 89 m	> 81 m	> 76 m	> 66 m	
Homme	90 - 99 m	88 - 96 m	84 - 87 m	81 - 84 m	79 - 81 m	4
Femme	82 - 91 m	80 - 88 m	79 - 80 m	70 - 75 m	60 - 65 m	
Homme	80 - 89 m	77 - 87 m	75 - 85 m	73 - 82 m	69 - 78 m	3
Femme	72 - 81 m	69 - 79 m	67 - 78 m	64 - 69 m	63 - 68 m	
Homme	64 - 79 m	60 - 76 m	58 - 74 m	56 - 72 m	52 - 68 m	2
Femme	56 - 71 m	52 - 68 m	50 - 66 m	48 - 63 m	46 - 62 m	
Homme	< 63 m	< 59 m	< 57 m	< 55m	< 53 m	1
Femme	< 55 m	< 51 m	< 49 m	< 47 m	< 45 m	



1	2	3	4	5
---	---	---	---	---



# Évaluation de la condition physique

## 4ème test : Test debout - assis 30 secondes

**But** : mesurer la force des membres inférieurs et la capacité des muscles à se contracter pour produire un mouvement.

**Matériel** : Une chaise avec dossier sans accoudoir placé contre un mur ou de façon à la maintenir immobile.

**Consignes** : Faire des flexions assis-debout pendant une période de 30 secondes, bras en croix sur la poitrine. (Par debout, on entend être redressé et genoux tendus)

**Mesures** : on compte le nombre de levées

**Attention** : pour ce test, s'assurer que la personne n'a pas de problèmes d'équilibre lié à un étourdissement et qu'elle n'est jamais victime de perte de connaissance. Il est recommandé une grande vigilance (une personne doit être prête à intervenir) si perte d'équilibre.

	20 - 29 ans	30 - 39 ans	40 - 50 ans	50 - 59 ans	60 ans et +	Indice
Homme	33	34	25	21	19	5
Femme	34	26	27	18	17	
Homme	30	33	20	17	17	4
Femme	32	22	22	16	15	
Homme	25	31	19	15	15	3
Femme	27	20	18	14	13	
Homme	19	21	19	13	13	3
Femme	21	18	16	12	11	
Homme	17	20	17	11	10	1
Femme	19	16	14	10	9	

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---





# Évaluation de la condition physique

## 5ème test : Test 6 minutes ergomètre

**But** : évaluer l'endurance cardio-respiratoire et la mobilité.

**Matériel** : Ergomètre programmé sur 6 minutes et un cardio-fréquencemètre avec une zone cible des 80% de FC max.

**Consignes** : après un échauffement, le sujet doit ramer 6 minutes sans dépasser les 80% de sa FC max.

**Mesures** : Longueur parcourue et FC Moyenne en fin d'épreuve.

**Attention** : pour ce test, s'assurer que la personne n'a pas de problèmes d'équilibre lié à un étourdissement et qu'elle n'est jamais victime de perte de connaissance. Il est recommandé une grande vigilance (une personne doit être prête à intervenir) si perte d'équilibre.

	20 - 29 ans	30 - 39 ans	40 - 50 ans	50 - 59 ans	60 ans et +	Indice
Homme	> 1350	> 1300	> 1250	> 1200	> 1150	5
Femme	> 1250	> 1200	> 1150	> 1100	> 1050	
Homme	1300-1349	1250-1299	1200-1249	1150-1199	1100-1149	4
Femme	1200-1249	1150-1199	1100-1149	1050-1099	100-1049	
Homme	1250-1299	1200-1249	1150-1199	1100-1149	1050-1099	3
Femme	1150-1199	1100-1149	1050-1099	100-1049	950-999	
Homme	1200-1249	1150-1199	1100-1149	1050-1099	1000-1049	2
Femme	1100-1149	1050-1099	1000-1049	950-999	900-949	
Homme	< 1200	< 1150	< 1100	< 1050	< 1000	1
Femme	< 1100	< 1050	< 1000	< 950	< 900	

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---





# **Bilan initial d'accompagnement à la pratique de l'Aviron Santé**

Lieu de réalisation du bilan : .....

Date : .....

## **Attente du pratiquant**

### **Résultats des tests de condition physique**

Test d'équilibre : .....  
Test de souplesse avant debout : .....  
Test force des bras : .....  
Test de puissance des jambes : .....  
Test 6 minutes ergomètre : .....

### **Évaluation du niveau d'activité physique et de sédentarité**

- inactif
- Actif
- Très actif

## **Attente du pratiquant**

### **Commentaire du Coach Aviron Santé**

.....  
.....  
.....  
.....



# Sport sur ordonnance - Certificat médical

de non contre indication à la pratique d'une activité physique et/ou sportive adaptée. Régulière, sécurisante et progressive

Je soussigné(e) .....

Docteur en médecine exerçant à .....

Certifie avoir examiné ce jour M., Mme., .....

Et n'avoir constaté à la date de ce jour, de signes cliniques apparents contre-indiquant la pratique de l'Aviron-Santé, dans un club certifié Prescri'Forme, sous l'encadrement pédagogique d'un Coach Aviron Santé.

Précisez impérativement les recommandations médicales ci-dessous à l'intention du Coach Aviron Santé :

### ➤ TYPES DE MOUVEMENTS LIMITÉS EN

- Amplitude  Vitesse  Charge  Posture

.....  
.....  
.....

### ➤ TYPES D'EFFORTS LIMITÉS EN

- Endurance (long et peu intense)
- Résistance (puissant)
- Vitesse (Bref et intense)

.....  
.....

### ➤ CAPACITÉ INCOMPATIBLE AVEC

- le milieu aquatique
- des conditions atmosphériques particulières (à préciser)

.....  
.....

Autres précautions ou préconisation pour la pratique de l'Aviron

.....  
.....

Certificat établi à la demande de l'intéressé(e) et remis en main propre pour faire valoir ce de de droit

Fait à ..... Le .....  
Signature du médecin

Cachet du médecin (Obligatoire)



# Évaluation de la condition physique

Date de naissance : ..... / ..... / ..... Sexe : M / F

Nom du Coach Aviron Santé : .....

Mois	Sept.	Oct.	Nov.	Déc.	Jan.	Fév.	Mars.	Avril.	Mai	Juin	Jui.	Août.
Date												
Poids												
IMC												
Test d'équilibre												
Test de souplesse avant debout												
Test force des bras												
Test puissance des jambes												
Test 6 minutes ergomètre												
Auto-évaluation estime de soi												



# *Fiche de correspondance*



A series of 20 horizontal dotted lines for writing, spaced evenly down the page.





## Nous contacter

---

### **Aviron du Coudray-Montceaux | ACM**

Place de la gare – 91830 Le Coudray-Montceaux

Tel. 01 64 93 91 81 - Mobile 06 84 64 44 31



@AvironCMtcx | #PascalineASBE

<http://avironcoudraymtcx.free.fr>

Coach Aviron Santé : Pascal BEAUSSART

Email : [avironcoudraymtcx@free.fr](mailto:avironcoudraymtcx@free.fr)

