



Competitor's Corner

Info – News Bulletin : 2/2014
AUSTRIA - WILLERSBACH

Dear E&A skiers and teams,

Prior to the Europe Cup at Ybbs – Austria on May 30&31 2014 an Austrian National Race will be held at Willersbach (10 mins. From Ybbs) on May 29th.

Racers who wish to participate on May 29th at Willersbach are most welcome and are kindly requested to contact Wolfram Kittl (wolf.kittl@gmx.at – or Bianca Bastin via Facebook). If required lodging arrangements for Willersbach can be arranged.

Wishing all those travelling to Austria a safe trip and happy/safe racing !!

Looking forward to seeing all in Austria.

PS Kind reminder – for Europe Cup participants – pls ensure that you are holding a Medical certificate valid for 2014 (see next page or download from www.waterskiracingeurope.com > Rules)

Yours in Water-ski Racing

Chris RYDL

MEDICAL DOCTOR CERTIFICATE
CERTIFICAT DU MEDECIN

Name Christian Name

Nom Prénom

FEDERATION

I certify that I have examined the above candidate
And in my opinion find

HIM/HER / FIT/UNFIT

To hold our International Licence as driver or
Observer for Water Ski Racing.

*Je certifie avoir examiné le candidat ci dessus et le
déclare*

APTE / INAPTE

*à être titulaire de la Licence Internationale de Pilote
ou Observateur de Courses de SKI NAUTIQUE.*

Signature Date

Name / Nom Qualification

Address / Adresse

Telephone Number / Tel.

Prescription Number

N° de prescription

To be returned to the National Federation
A retourner à la Fédération Nationale

To be completed by the applicant in the examiner's presence
A compléter par le postulant en présence de l'examineur

Have you suffered from : / *Avez-vous souffert de :*

1 – Epilepsy or other fits / *Epilepsie ou autre crise*

YES / NO - *OUI / NON*

2 – Fits, fainting attacks, severe vertigo, loss of consciousness

YES / NO

Attaques syncopes, vertiges sévères, perte de conscience

OUI / NON

3 – Diabetes / *Diabètes*

YES / NO - *OUI / NON*

4 – Heart trouble or abnormalities

YES / NO

Troubles cardiaques ou anomalies

OUI / NON

5 – Severe chest trouble / *Sévères troubles respiratoires*

YES / NO - *OUI / NON*

6 – Deformities or malfunction of limbs or part of

YES / NO

Déformation ou mauvais fonctionnement partiel ou total des poumons

OUI / NON

If the answer to any question is YES, please give details below:

Si la réponse à une question est OUI, veuillez donner des détails ci-dessous:

I declare that answers to the questions above are true (If information is withheld suppressed or
deliberately misleading or false, you may be liable to suspension of the licence)

*Je déclare que les réponses aux questions ci-dessus sont sincères. (En cas de suppression,
Omission ou information délibérément trompeuse vous risquez la suspension de licence)*

SIG.

DATE

Medical Examination / *Examen médical*

1 – Chest / *Pulmonaire*

2 – Heart / *Cardiaque*

B.P. / *Tension*

Puls / *Pouls*

3 – Eyesight / *Oculaire*

Right eye / *Oeil droit*

Left eye / *Oeil gauche*

from near / *de près R.N.*

from near / *de près L.N.*

from far / *de loin V.*

from far / *de loin V.*

Please state whether the glasses are used for far vision, minimal requirements 6/24 in one eye
6/9 in the other.

Prière de préciser si les verres sont utilisés pour la vision de loin, minimum nécessaire :

3/10° sur un œil 7/10° sur l'autre.

4 – Fields of vision / *Champ visuel*

5 – Colour: Is the candidate able to distinguish RED, YELLOW, BLACK, BLUE, GREEN

Couleurs: le candidat est-il capable de distinguer le ROUGE, JAUNE, NOIR, VERT et BLEU

6 – Urine : Alb / *Albumine*

Sugar / *Sucre*

NOTE: The applicant is responsible for any medical fee payable.

NOTA: Le compétiteur est responsable des honoraires médicaux

This questionnaire is confidential.

Ce questionnaire est confidentiel.