



Département Médical
Dr Lepourcelet Talvard Christine, MFN
Port : 06 84 38 83 85
104 Rue Martre
92 383 Clichy Cedex
☎ : 01 70 48 45 45
Email : medical-ffn@wanadoo.fr

**EXAMENS MEDICAUX DE SURCLASSEMENT WATER-POLO A REMETTRE AU MEDECIN PRATIQUANT L'EXAMEN
Et A RETOURNER SOUS PLI CONFIDENTIEL AU DEPARTEMENT MEDICAL DE LA FFN**

Nom :	Prénom :	Date de naissance :	Age :	Club :	Licence :		
<u>Aspect sportif</u> :	Nb d'heures d'entraînement par Jour à sec :	Dans l'eau :	Nb d'années de pratique :	Poste occupé :			
<u>Autre sport pratiqué</u> :	Nb d'heures par jour :						
Morphologie	T.A. Repos :	T.A. Couché :	T.A. Debout :				
Peau :							
Cœur :	F.C. Repos						
Poumons :	Adaptation à l'effort :						
Squelette :							
Examen Dentaire :	Puberté :	P0	P1	P2	P3	P4	P5
O.R.L. :	Poids :	Taille :	cm.				
Ophthalmologie :	Masse Grasse :						

Dates de Vaccinations :

Accord **Simple de surclassement**

Accord **Double de surclassement**

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

Vaccins	Dates
D.T.P	/ /20....
B.C.G.	/ /20....

Praticien :

Date & Signature & Cachet

CONCLUSION :



Département Médical
Dr Lepourcelet Talvard Christine, MFN
Port : 06 84 38 83 85
104 Rue Martre
92 383 Clichy Cedex
☎ : 01 70 48 45 45
Email : medical-ffn@wanadoo.fr

A REMETTRE AU CLUB

FICHE DE SURCLASSEMENT POUR LA PRATIQUE DU WATER-POLO EN COMPETITION

SIMPLE SURCLASSEMENT	DOUBLE SURCLASSEMENT
<p><u>A établir soit par:</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Médecin de famille- Médecin du club <p>Je soussigné(e) Docteur:.....</p> <p>Certifié après avoir procédé aux examens prévus par la Réglementation en vigueur que M.....</p> <p>est apte à pratiquer dans la catégorie d'âge immédiatement supérieure leen compétition, sous toutes réserves de modifications de l'état de santé actuel.</p> <p>A..... Le...../...../20</p> <p><i>Signature du Médecin</i></p> <p>CACHET</p>	<p><u>A établir par:</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Médecin titulaire du CES de la capacité de biologie du Sport ou du DESC qu'il soit :<ul style="list-style-type: none">* Médecin de famille.* Médecin Fédéral F.F.N.* Médecin d'un Centre Médico-sportif* Médecin dans un service hospitalier de Médecine du Sport. <p>En cas d'appel transmettre le dossier au Médecin Fédéral Régional sous couvert du secret médical, ce dernier si besoin convoquera le sportif pour examen clinique et rendra une décision finale.</p> <p>Je soussigné(e) Docteur :.....</p> <p>Suivant les résultats des examens médicaux effectués.</p> <p>AUTORISE / REFUSE</p> <p>Le DOUBLE SURCLASSEMENT de l'intéressé(e)</p> <p>M.....</p> <p>Pour la pratique du WATER POLO. en compétition</p> <p>A..... Le...../...../20</p> <p><i>Signature du Médecin</i></p> <p>CACHET</p>