

EXAMENS MEDICAUX DE SURCLASSEMENT **WATER-POLO** A REMETTRE AU MEDECIN PRATIQUEANT L'EXAMEN  
**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
O.R.L. :	Poids :	Taille :	cm.		
Ophtalmologie :	Masse Grasse :				

Dates de Vaccinations :

Accord [Simple de surclassement](#)

Accord [Double de surclassement](#)


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

Praticien :

Date & Signature & Cachet

**CONCLUSION :**



Dr Nyadanu Pollet Inès, MFN  
 104 Rue Martre  
 92 383 Clichy Cedex  
 ☎ : 01 70 48 45 45  
 Email : [medical@ffnatation.fr](mailto:medical@ffnatation.fr)

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

SIMPLE SURCLASSEMENT	DOUBLE SURCLASSEMENT
<p>A établir soit par:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Médecin de famille</li> <li>- Médecin du club</li> </ul> <p>Je soussigné(e) Docteur:.....</p> <p>Certifie après avoir procédé aux examens prévus par la</p> <p>Réglementation en vigueur que M.....</p> <p>est apte à pratiquer dans la catégorie d'âge immédiatement supérieure le</p> <p>.....en compétition, sous toutes réserves de modifications de</p> <p>l'état de santé actuel.</p> <p>A..... Le...../...../20</p> <p><i>Signature du Médecin</i></p> <p>CACHET</p>	<p>A établir par:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Médecin titulaire du CES de la capacité de biologie du Sport ou du DESC qu'il soit :           <ul style="list-style-type: none"> <li>* Médecin de famille.</li> <li>* Médecin Fédéral F.F.N.</li> <li>* Médecin d'un Centre Médico-sportif</li> <li>* Médecin dans un service hospitalier de Médecine du Sport.</li> </ul> </li> </ul> <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><b>AUTORISE / REFUSE</b></p> <p>Le <b>DOUBLE SURCLASSEMENT</b> 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>