



Mme Ouardia Carini
Coordinatrice générale
104 Rue Martre 92 383 Clichy Cedex
☎ : 01 70 48 45 45
Email : medical@ffnatation.fr

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

Nom : Prénom : Date de naissance : Age : Club : Licence :

Aspect sportif : Nb d'heures d'entraînement par Jour à sec : Dans l'eau : Nb d'années de pratique : Poste occupé :

Autre sport pratiqué : 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.

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 :

Il est formellement interdit de faire un recto verso de ces 2 feuillets

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

SIMPLE SURCLASSEMENT	DOUBLE SURCLASSEMENT
A établir soit par : - Médecin de famille - Médecin du club Je soussigné(e) Docteur:..... Certifie après avoir procédé aux examens prévus par la Réglementation en vigueur que M..... est apte à pratiquer dans la catégorie d'âge immédiatement supérieure le en compétition, sous toutes réserves de modifications de l'état de santé actuel. A..... Le...../...../20 <i>Signature du Médecin</i> CACHET	A établir par : - Médecin titulaire du CES de la capacité de biologie du Sport ou du DESC qu'il soit : * Médecin de famille. * Médecin Fédéral F.F.N. * Médecin d'un Centre Médico-sportif * Médecin dans un service hospitalier de Médecine du Sport. 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. Je soussigné(e) Docteur:..... Suivant les résultats des examens médicaux effectués. AUTORISE / REFUSE Le DOUBLE SURCLASSEMENT de l'intéressé(e) M..... Pour la pratique du WATER POLO en compétition. A..... Le...../...../20 <i>Signature du Médecin</i> CACHET