



Examen médical de surclassement

Comité Midi-Pyrénées de Natation – 72 Rue Paul Riquet 31 000 Toulouse – 05 61 62 61 92 – comite@mpfn.fr

Examens médicaux à remettre au médecin pratiquant l'examen

Etat civil

NOM : _____ Prénom : _____

Club : _____ Licence : _____

Date de naissance : _____ Âge : _____

Âge osseux (double surclassement uniquement) : _____

Renseignements médicaux

Morphologie : _____

Tension Artérielle :

Repos : _____

Couché : _____

Debout : _____

Peau : _____

Cœur : _____ Fréquence cardiaque de repos : _____

Poumons : _____ Epreuve d'effort : _____

Ruffier Dickson : _____

Ou

Os : _____ VO2 : _____

Examen dentaire : _____ Puberté : P0 P1 P2 P3 P4 P5

ORL : _____

Poids (kgs) : _____ Taille (m) : _____

Ophtalmologie : _____ Masse Grasse (%) : _____

Dates de vaccinations (jj/mm/aaaa) :

DTP : _____

BCG : _____

ROR : _____

HEVAX A : _____

HEVAX B : _____

Conclusion :



Fiche de surclassement

Comité Midi-Pyrénées de Natation – 72 Rue Paul Riquet 31 000 Toulouse – 05 61 62 61 92 – comite@mpfn.fr

Fiche à remettre au club pour la pratique du water-polo en compétition

Simple surclassement

A établir par l'un des praticiens suivants :

- Le médecin de famille
- Le 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 modification de l'état de santé actuel.

A _____ Le _____

Cachet et signature du médecin :

Double surclassement

A établir par l'un des praticiens suivants :

- Un médecin titulaire du CES de biologie du sport, qu'il soit :
 - Le médecin de famille
 - Le médecin fédéral de la Fédération Française de Natation
 - Un médecin d'un Centre Médico-Sportif
 - Un 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.
Celui-ci convoquera si besoin le sportif pour un examen clinique et rendra sa décision finale.

Je soussigné(e) docteur : _____

certifie après avoir procédé aux examens prévus par la réglementation en vigueur,

AUTORISE

REFUSE

Le double surclassement de M _____

Pour la pratique du water-polo en compétition, sous réserve de modifications de l'état de santé actuel.

A _____ Le _____

Cachet et signature du médecin :