



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



**EXAMENS MEDIC-AUX DE SURCLASSEMENT WATER-POLO A REMETTRE AU MEDECIN PRACTIQUANT L'EXAMEN
 Et 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.			
Ophthalmologie :	Masse Grasse :						

Dates de Vaccinations :

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

CONCLUSION :

Accord **Simple de surclassement**
 Accord **Double de surclassement**

Praticien :

Date & Signature & Cachet

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

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">- 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>A. établir par :</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>

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