



FORMULAIRE FEDERAL DEMANDE DE SUR-CLASSEMENT D'UN SPORTIF

(à adresser au médecin fédéral, 123 boulevard de la dune, 40150 SOORTS HOSSEGOR)

- Demande établie sous la responsabilité et à la demande du Président du club
- Examen réalisé par un médecin du sport

Je soussigné.....

Président du club :

Demande un sur-classement en faveur de :

NOM : Prénom :

Né (e) le :

Adresse :
.....
.....

Code Postal : Ville :

N° Licence :

En catégorie :

Indiquer brièvement les raisons pour lesquelles vous sollicitez le sur-classement de ce compétiteur :

.....
.....
.....
.....
.....

Autorisation des parents :

.....
.....
.....
.....



FORMULAIRE MEDICAL DE DEMANDE DE SURCLASSEMENT
(AVEC PRESENTATION DU CARNET DE SANTE)

(Document confidentiel lié au secret médical)

Je soussigné, Docteur.....
Médecin agréé n°.....
CERTIFIE avoir examiné le/la licencié(e) candidat au sur-classement :
NOM :..... Prénom :.....
Club :.....
Catégorie de sa classe d'âge :.....
Catégorie demandée en sur-classement :.....

Antécédents médicaux, traumatiques et chirurgicaux :
.....
.....
.....

VACCINATIONS A JOUR : OUI NON

SUR LE PLAN MORPHOLOGIQUE, STATIQUE ET DYNAMIQUE

Taille (cm).....Poids (kg) :.....
Evolution pubertaire normal : OUI NON
Ostéochondrose :.....
Laxité, instabilité :.....
Souplesse :.....

SUR LE PLAN CARDIO-VASCULAIRE ET RESPIRATOIRE

Antécédents familiaux de maladies cardiovasculaire ou mort subite : OUI NON
Auscultation :.....
TA (au repos) :.....
ECG de repos obligatoire :.....
Si examens complémentaires (échographie, épreuve d'effort, spirométrie...) joindre le compte-rendu.

SUR LE PLAN CLINIQUE GENERAL Ophtalmo, neuro, endocrino...

Examens complémentaires éventuels :.....
.....

En conclusion, considère que M(NOM)..... Prénom.....
Né(e) le :..... Licencié dans le club :.....
Est : APTÉ INAPTE
à pratiquer le surf en compétition dans la catégorie demandée en surclassement :.....

Signature : Date :

(Document à renvoyer au médecin fédéral de la FFS, 123 Boulevard de la dune, 40150 SOORTS HOSSEGOR)

✂.....

(Partie à fournir au président du club)

Je soussigné, Docteur.....
Médecin agréé n°.....
CERTIFIE avoir examiné le/la licencié(e) candidat au sur-classement et autorise le jeune surfeur
NOM :..... Prénom :.....
Club :.....
à pratiquer le surf en compétition dans la catégorie suivante :

Signature : Date :