Fédération Française de Natation
 14 Rue Scandicci
 93508 PANTIN Cedex
 ☎ : 01.41.83.87.70 📠 : 01.41.83.87.69
 Email : ffn@ffnatation.org

EXAMENS MEDICAUX DE SURCLASSEMENT A REMETTRE AU MEDECIN PRATIQUANT L'EXAMEN

Nom:..... Prénom:..... Club:..... Licence

Date de naissance:...../...../19..... Age :Age osseux (Double surclassement uniquement):.....

Morphologie : T.A. Repos:..... T.A. Couché:..... T.A. Debout

Peau :

Cœur : F.C. Repos:

Poumons : Epreuve d'Effort:

Ruffier Dickson.....
 Ou

Os: V.O.2:

Examen Dentaire: Puberté : P0 P1 P2 P3 P4 P5

O.R.L.:..... Poids :..... Taille :m.....

Ophatalmo:..... Masse Grasse:.....

Dates de Vaccinations:

Vaccins	Dates
D.T.P	/ /.....
B.C.G.	/ /.....
R.O.R.	/ /.....
HEVAX A	/ /.....
HEVAX B	/ /.....

CONCLUSION:

FICHE DE SURCLASSEMENT A REMETTRE AU CLUB 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>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</p> <p>..... en compétition, sous toutes réserves de modifications de l'état de santé actuel.</p> <p>A..... Le...../...../201</p> <p style="text-align: right;">Signature du Médecin</p> <p>CACHET</p>	<p>A établir par :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Médecin titulaire du CES de biologie du Sport 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 style="text-align: center;">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...../...../201</p> <p style="text-align: right;">Signature du Médecin</p> <p>CACHET</p>