

FICHE DE SURCLASSEMENT A REMETTRE AU CLUB POUR LA PRATIQUE DU WATER-POLO EN COMPETITION

SIMPLE SURCLASSEMENT	DOUBLE SURCLASSEMENT
<p><u>A établir soit par:</u></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.....</p> <p>est apte à pratiquer dans la catégorie d'âge immédiatement supérieure le WATER-POLO en compétition, sous toutes réserves de modifications de l'état de santé actuel.</p> <p>A..... Le...../...../20</p> <p>Signature du Médecin CACHET</p>	<p><u>A établir par:</u></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) M.....</p> <p>Pour la pratique du WATER—POLO en compétition</p> <p>A..... Le...../...../20</p> <p>Signature du Médecin CACHET</p>