

Fédération Française de Natation  
 104, rue Martre  
 CS 70052  
 92583 CLICHY Cedex  
 ☎ : 01.70.48.45.70 Mail : [ffn@ffnatation.fr](mailto:ffn@ffnatation.fr)

**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.....

Ophtalmo:.....Masse Grasse:.....

Dates de Vaccinations:

Vaccins	Dates
D.T.P	/ /19....
B.C.G.	/ /19....
R.O.R.	/ /19....
HEVAX A	/ /19....
HEVAX B	/ /19....

**CONCLUSION:**

Fédération Française de Natation  
 104, rue Martre  
 CS 70052  
 92583 CLICHY Cedex  
 ☎ : 01.70.48.45.70 Mail : [ffn@ffnatation.fr](mailto:ffn@ffnatation.fr)

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

SIMPLE SURCLASSEMENT	<b>DOUBLE SURCLASSEMENT</b>
<p><u>A établir soit par:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Médecin de famille</li> <li>- Médecin du club</li> </ul> <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><b>Signature du Médecin</b> <span style="float: right;"><b>CACHET</b></span></p>	<p><u>A établir par:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Médecin titulaire du CES de biologie du Sport qu'il soit :.               <ul style="list-style-type: none"> <li>* Médecin de famille.</li> <li>* Médecin Fédéral F.F.N.</li> <li>* Médecin d'un Centre Médico-Sportif</li> <li>* Médecin dans un service hospitalier de Médecine du Sport.</li> </ul> </li> </ul> <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;"><b>AUTORISE / REFUSE</b></p> <p>Le <b>DOUBLE SURCLASSEMENT</b> de l'intéressé(e)            M.....</p> <p>Pour la pratique du WATER—POLO en compétition</p> <p>A..... Le...../...../20</p> <p><b>Signature du Médecin</b> <span style="float: right;"><b>CACHET</b></span></p>