



DEMANDE DE SURCLASSEMENT

Saison 20 –20

Concerne uniquement les benjamins 2 et cadets 2

Nom : Prénom :

Date de naissance : N° de licence :

Adresse :

Code postal : Ville :

Nom du club :

PRÉAMBULE

L'examen médical de sur classement est destiné à juger de l'aptitude à pratiquer en catégorie supérieure.

Vous comprenez l'intérêt que la commission médicale prends à la réalisation de l'ensemble des examens de ce dossier .Il est évident que l'examen médical engage la responsabilité du praticien le réalisant.

Le rôle de la commission médicale est d'enregistrer votre avis favorable ou , dans un nombre de cas restreint, d'estimer que le résultat des examens ou la constitution administrative du dossier ne permettent pas de délivrer cette autorisation .

Le Médecin Fédéral National

Tout dossier incomplet ne sera pas recevable.

DEMANDE DU CLUB (préalable à l'examen médical)

Après avoir pris connaissance du préambule, je soussigné
Président ou Secrétaire du clubsollicite pour le pilote ci-dessus désigné l'autorisation de pratiquer le char à voile en catégorie supérieure. J'atteste que ce pilote est normalement assuré pour pratiquer dans cette catégorie.

Cachet du club :

Signature

AUTORISATION DES PARENTS OU DU RESPONSABLE LEGAL (préalable à l'examen médical)

Après avoir pris connaissance du préambule, je soussigné(e) père, mère ou responsable légal de donne l'autorisation à mon fils de se soumettre à l'examen médical prévu pour obtenir l'autorisation de pratiquer en catégorie supérieure et, en cas d'aptitude, l'autorise à participer à ces compétitions.

Date :

Signature :



EXAMEN MEDICAL

A effectuer par un médecin

Je soussigné Docteur en Médecine à

Certifie avoir examiné le..... Monsieur

né le

1 – ANTÉCEDENTS DÉCLARÉS :

- Antécédents médicaux et chirurgicaux :

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

- Allergie et traitement éventuel :

- date de vaccination antitétanique :

Le dernier rappel doit dater de moins de cinq ans

- Traitement en cours :

2 – EXAMEN MORPHOSTATIQUE :

- Taille : - Poids :

- Développement pubertaire :

- Aspect morphologique :

3 – APPAREIL LOCOMOTEUR ET RACHIDIEN :

- Hyper laxité ostéo articulaire :

- Statique vertébrale :

4 - ACUITÉ VISUELLE :

Sans correction

Avec correction

Œil droit

Œil gauche

5- EXAMEN SOMATIQUE : (autres constatations)

.....
.....

Le dossier médical du pilote ne peut être transmis au secrétariat pour les raisons suivantes .

Date :

Signature :

Le document de sur classement est à adresser à votre médecin de ligue ou au médecin fédéral national à l'adresse suivante :

Monsieur le médecin fédéral national de la FFCV
17 rue Henri Bocquillon
75015 PARIS

Tout dossier incomplet ne sera pas recevable.