



Département Médical  
Dr Lepourcelet Talvard Christine,  
Médecin Fédéral National  
Port : 06 84 38 83 85  
14 Rue Scandicci Tour ESSOR  
93 500 PANTIN  
☎ : 01.41.83.87.45 ☎ : 01.41.83.87.46  
Email : medical-ffn@wanadoo.fr

**EXAMENS MEDICAUX DE SURCLASSEMENT WATER-POLO À REMETTRE AU MÉDECIN PRATIQUANT L'EXAMEN  
ET À RETOURNER SOUS PLI CONFIDENTIEL AU DÉPARTEMENT MÉDICAL DE LA FFN**

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

Date de naissance : ..... / ..... / ..... Age : .....

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

Peau .....

Cœur ..... F.C. Repos

Poumons ..... Adaptation à l'effort :

Os : .....

Examen Dentaire : ..... Puberté : P0 P1 P2 P3 P4 P5

O.R.L : ..... Poids : ..... Taille : .....cm.

Ophtalmologie : ..... Masse grasse : .....

Dates de Vaccinations :

Vaccins	Dates
D.T.P	..... / ..... / 20
B.C.G.	..... / ..... / 20

Accord **Simple de surclassement**

Accord **Double de surclassement**

Nom et Prénom du Praticien

Date, signature et cachet

**CONCLUSION :**

*Il est formellement interdit de faire un recto verso de ces 2 feuillets*



Département Médical  
Dr Lepourcelet Talvard Christine,  
Médecin Fédéral National  
Port : 06 84 38 83 85  
14 Rue Scandicci Tour ESSOR  
93 500 PANTIN  
☎ : 01.41.83.87.45 ☎ : 01.41.83.87.46  
Email : medical-ffn@wanadoo.fr

**À REMETTRE AU CLUB**

**FICHE DE SURCLASSEMENT POUR LA PRATIQUE DU WATER-POLO EN COMPÉTITION**

<b>SIMPLE SURCLASSEMENT</b>	<b>DOUBLE SURCLASSEMENT</b>
<p><u>À 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.....est apte à pratiquer dans la catégorie d'âge immédiatement supérieure le ..... en compétition, sous toutes réserves de modifications de l'état de santé actuel.</p> <p>A ..... le ..... / ..... / 20...</p> <p style="text-align: center;"><i>Signature du Médecin</i></p> <p style="text-align: center;">CACHET</p>	<p><u>À établir par :</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Médecin titulaire du CES de la capacité de biologie du Sport ou du DESC qu'il soit :</li><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> <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 <b>DOUBLE SURCLASSEMENT</b> de l'intéressé(e)</p> <p>M.....</p> <p>Pour la pratique du WATER-POLO en compétition</p> <p>A ..... le ..... / ..... / 20...</p> <p style="text-align: center;"><i>Signature du Médecin</i></p> <p style="text-align: center;">CACHET</p>

*Il est formellement interdit de faire un recto verso de ces 2 feuillets*