



Département Médical  
 Dr Lepourcelet Talvard Christine,  
 Médecin Fédéral National  
 Port : 06 84 38 83 85  
 148 avenue Gambetta  
 75980 PARIS cedex 20  
 ☎ : 01.40.31.40.06 📠 : 01.40.30.18.26  
 Email : medical-ffn@wanadoo.fr

**EXAMENS MEDICAUX DE SURCLASSEMENT WATER-POLO A REMETTRE AU MEDECIN PRATIQUANT L'EXAMEN  
 Et A RETOURNER SOUS PLI CONFIDENTIEL AU DEPARTEMENT MEDICAL DE LA FFN**

Nom:.....Prénom:.....Club: .....Licence:.....  
 Date de naissance: / /19..... 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:

Accord **Simple de surclassement**  
 Accord **Double de surclassement**


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

**Nom et Prénom du Praticien      Date & Signature & Cachet**

**CONCLUSION :**



Département Médical  
Dr Lepourcelet Talvard Christine,  
Port : 06 84 38 83 85  
Médecin Fédéral National  
148 avenue Gambetta  
75980 PARIS cedex 20  
☎ : 01.40.31.40.06 📠 : 01.40.30.18.26  
Email : medical-ffn@wanadoo.fr

**A REMETTRE AU CLUB**

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

<b>SIMPLE SURCLASSEMENT</b>	<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 .....en compétition, sous toutes réserves de modifications de l'état de santé actuel.</p> <p>A..... Le...../...../20</p> <p><i>Signature du Médecin</i></p> <p><b>CACHET</b></p>	<p><u>A 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 :<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><b>AUTORISE / REFUSE</b></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><i>Signature du Médecin</i></p> <p><b>CACHET</b></p>

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