



Département Médical

14 rue Scandicci

93508 PANTIN Cedex

☎ : 01.41.83.87.45 📠 : 01.41.83.87.46

Email : medical-ffn@wanadoo.fr

EXAMENS MEDICAUX DE SURCLASSEMENT A REMETTRE AU MEDECIN PRATIQUANT L'EXAMEN

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:

Vaccins	Dates
D.T.P	/ /19....
B.C.G.	/ /19....

CONCLUSION :



Département Médical

14 rue Scandicci

93508 PANTIN Cedex

☎ : 01.41.83.87.45 📠 : 01.41.83.87.46

Email : medical-ffn@wanadoo.fr

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

SIMPLE SURCLASSEMENT A REMETTRE AU CLUB

A établir soit par:

- Médecin de famille
- Médecin du club

Je soussigné(e) Docteur:.....

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 leen compétition, sous toutes réserves de modifications de l'état de santé actuel.

A..... Le...../...../200

Signature du Médecin

CACHET