

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

SIMPLE SURCLASSEMENT

A établir soit par:

- Médecin de famille
- Médecin du club

Je soussigné(e) Docteur:.....
 Certifié 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.

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

Signature du Médecin

CACHET

DOUBLE SURCLASSEMENT

A établir par:

- Médecin titulaire du CES de biologie du Sport qu'il soit :
 - * Médecin de famille.
 - * Médecin Fédéral F.F.N.
 - * Médecin d'un Centre Médico-Sportif
 - * Médecin dans un service hospitalier de Médecine du Sport.

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.

Je soussigné(e) Docteur:.....
 Suivant les résultats des examens médicaux effectués.

AUTORISE / REFUSE

Le **DOUBLE SURCLASSEMENT** de l'intéressé(e)

M.....
 Pour la pratique du WATER POLO en compétition

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

Signature du Médecin

CACHET