



- DEMANDE DE SURCLASSEMENT U 16 en U19
- DEMANDE DE SURCLASSEMENT U 17 en seniors

1

Les joueurs U16 et U17 peuvent respectivement pratiquer en équipe U19 et en équipe seniors de leur club, selon l'article 73-alinéa 2 des règlements de la FFF, s'ils satisfont à l'ensemble des examens demandés.

SECRET MEDICAL

SAISON :

Année de naissance :

Nom : Prénom :

Date de naissance : N° de licence :

Adresse :

Nom du club : N° d'affiliation :

Nom du club de la précédente saison :

PREAMBULE

L'examen médical de surclassement des joueurs U 16 et U17, effectué de préférence par un médecin fédéral ou un médecin titulaire d'un diplôme de médecine du sport, est destiné à juger de l'aptitude à pratiquer le football en catégorie U19 (pour les U16) en catégorie seniors (pour les U17) et engage la responsabilité du praticien qui le réalise.

- La Commission Médicale Régionale attire votre attention sur l'importance de l'ensemble des examens demandés qui devront être réalisés dans ce dossier. Les critères morphostatiques, ostéoarticulaires et cardiovasculaires ont chacun un intérêt capital, car ces jeunes joueurs sont appelés à jouer contre des seniors dont le morphotype et l'engagement physique sont à en prendre en considération.
- La Commission Médicale Régionale enregistre l'avis du médecin examinateur et valide l'autorisation de jouer. En cas d'avis médical défavorable, ou si la constitution administrative du dossier est incomplète, elle ne délivrera pas l'autorisation de surclassement.

Le Médecin Fédéral National

Dossier à adresser, sous pli confidentiel, au siège de la ligue à l'attention de la Commission Régionale Médicale.

TOUT DOSSIER MEDICAL INCOMPLETEMENT REMPLI SERA IRRECEVABLE ET RETOURNE AUX PARENTS OU AU REPRESENTANT LEGAL DU JOUEUR.



- DEMANDE DE SURCLASSEMENT U 16 en U19
- DEMANDE DE SURCLASSEMENT U 17 en seniors

2

Nom : Prénom : Saison :

➔ DEMANDE DU CLUB

À remplir préalablement à l'examen médical

Après avoir pris connaissance du préambule, je soussigné(e), président(e) ou secrétaire du club de sollicite pour le joueur cité ci-dessus l'autorisation de pratiquer le football en catégorie supérieure (U19 pour les U16 et seniors pour les U17) sous réserve de l'application de la réglementation de la FFF. J'atteste que ce joueur est normalement assuré pour pratiquer en catégorie supérieure sus mentionnée.

Niveau équipe : Poste occupé :

Date : Signature et cachet :

➔ AUTORISATION PARENTALE OU DU RESPONSABLE LEGAL

À remplir préalablement à l'examen médical

Après avoir pris connaissance du préambule, je soussigné(e), père, mère ou responsable légal du joueur cité ci-dessus, l'autorise à se soumettre à l'examen médical de surclassement des joueurs pour la pratique du football en catégorie U19 pour les U16, en catégorie U17 pour les seniors et, en cas d'aptitude, l'autorise à participer à ces compétitions.

Date : Signature :

➔ AVIS DE LA COMMISSION REGIONALE MEDICALE

Partie strictement réservée à la CRM

Ayant pris connaissance du dossier de Mr et des conclusions de l'examen du Docteur.....

- La Commission Régionale Médicale transmet le dossier au secrétariat de la ligue pour le surclassement demandé.
- La Commission Régionale Médicale décide que le dossier ne peut être validé pour raison :
 - administrative. Motif :
 - médicale. Motif : un courrier explicatif sera adressé à la famille.

Date : Signature et cachet :



Nom : Prénom : Saison :
Né le : Autre(s) sport(s) pratiqué(s) :

QUESTIONNAIRE MEDICAL CONFIDENTIEL

À remplir par le sportif préalablement à l'examen médical

- Avez-vous été hospitalisé ? oui* non * précisez :
- Avez-vous été opéré ? oui* non * précisez :
- Avez-vous des troubles de la vue ? oui* non * portez-vous des corrections lunettes lentilles
- Avez-vous connaissance dans votre famille et survenu(e) avant l'âge de 50 ans d'un(e) ?
- accident, maladie cardiaque ou vasculaire oui* non * précisez l'âge :
 - mort subite (*y compris du nourrisson*) oui* non * précisez l'âge :
- Avez-vous déjà ressenti pendant ou après un effort un(e) ?
- malaise/perte de connaissance oui non
 - palpitations (*cœur irrégulier*) oui non
 - douleur thoracique oui non
 - fatigue/essoufflement inhabituel oui non
- Fumez-vous ? oui* non * nombre par jour ?
depuis quelle date ?
- Avez-vous des allergies ? oui* non * précisez :
- Prenez-vous un traitement régulièrement ? oui* non * précisez :
- Vos dents sont-elles en bon état ? oui non
- Avez-vous eu des problèmes vertébraux ou ostéoarticulaires ? oui* non * précisez :
- Date de vaccination contre le tétanos? **(Veuillez apporter votre carnet de vaccination)**

Je soussigné(e), M....., père, mère ou représentant légal, certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.

Date :

Signature :



- DEMANDE DE SURCLASSEMENT U 16 en U19
- DEMANDE DE SURCLASSEMENT U 17 en seniors

4

Nom : Prénom : Saison :

EXAMEN MEDICAL

ANTÉCÉDENTS DÉCLARÉS					
Médicaux et chirurgicaux					
Allergie(s)					
Date vaccination antitétanique	Le dernier rappel de vaccination doit dater de moins de 5 ans.				
Traitement(s) en cours					
EXAMEN MORPHOSTATIQUE					
Taille : (m/cm)	IMC :	IMC= Poids / Taille ²			
Poids : (kg/g)		Normal 18,5 à 25	Surpoids 25 à 30	Obésité modérée 30 à 35	Obésité sévère 35 à 40
Développement pubertaire normal : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non					
EXAMEN SOMATIQUE					
APPAREIL LOCOMOTEUR ET RACHIDIEN : anomalie éventuelle					
APPAREIL CARDIO-RESPIRATOIRE					
Auscultation respiratoire					
Examen cardio-vasculaire	Pression artérielle bras gauche :		Pression artérielle bras droit :		
Électrocardiogramme (ECG)	L'ECG est OBLIGATOIRE. Joindre le tracé et son interprétation médicale (l'interprétation automatique n'est pas valable).				
ACUITÉ VISUELLE					
La cécité monoculaire est incompatible avec la pratique du football (Article 44 ter des Règlements Généraux).					
	Sans correction	Avec correction	Mode de correction éventuel		
Œil droit			<input type="checkbox"/> lunettes		
Œil gauche			<input type="checkbox"/> lentilles		
COMMENTAIRES ET RÉSERVES ÉVENTUELLES SUR L'ÉTAT DU JOUEUR					

CONCLUSIONJe soussigné(e), docteur en médecine à certifie avoir examiné
M. et constaté qu'il :

- ne présente pas de contre-indication médicale à la pratique du football en catégorie U19 (pour les U16), seniors (pour les U17).
- présente une contre-indication médicale à la pratique du football en catégorie U19 (pour les U16), seniors (pour les U17).
préciser le motif :

Date :

Signature et cachet :