



- DEMANDE DE SURCLASSEMENT U16 en U19
- DEMANDE DE SURCLASSEMENT U17 en seniors
- DEMANDE DE SURCLASSEMENT U16 F et U17 F en seniors

1

Selon l'article 73-alinéa 2 des règlements de la FFF et s'ils satisfont à l'ensemble des examens demandés :

- Les joueurs U16 et U17 peuvent respectivement pratiquer en équipe U19 et en équipe seniors de leur club
- Les joueuses U16 F et U17 F peuvent pratiquer en équipe seniors de leur club

SECRET MEDICAL

SAISON :

Année de naissance :

Nom : Prénom :

Sexe :

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 et des joueuses, 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, les U16 F et les U17 F) 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 et joueuses sont appelé(e)s 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 MÉDICAL INCOMPLÈTEMENT REMPLI SERA IRRECEVABLE ET
RETOURNÉ AUX PARENTS OU AU REPRÉSENTANT LÉGAL DU JOUEUR / DE LA JOUEUSE**



- DEMANDE DE SURCLASSEMENT U16 en U19
- DEMANDE DE SURCLASSEMENT U17 en seniors
- DEMANDE DE SURCLASSEMENT U16 F et U17 F en seniors

2

Nom : Prénom : Saison :
Sexe : Né(e) le :

➔ 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 / la joueuse cité(e) ci-dessus l'autorisation de pratiquer le football en catégorie supérieure (U19 pour les U16 et seniors pour les U17, U16 F et U17 F) sous réserve de l'application de la réglementation de la FFF. J'atteste que ce joueur / cette joueuse est normalement assuré(e) 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 / de la joueuse cité(e) ci-dessus, l'autorise à se soumettre à l'examen médical de surclassement des joueurs / joueuses pour la pratique du football en catégorie U19 pour les U16, en catégorie seniors pour les U17, U16 F et U17 F 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 / Melle, 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 :



- DEMANDE DE SURCLASSEMENT U16 en U19
- DEMANDE DE SURCLASSEMENT U17 en seniors
- DEMANDE DE SURCLASSEMENT U16 F et U17 F en seniors

3

Nom : Prénom : Saison :

Sexe :

Né(e) le : Autre(s) sport(s) pratiqué(s) :

QUESTIONNAIRE MEDICAL CONFIDENTIEL

À remplir par le joueur / la joueuse préalablement à l'examen médical

Avez-vous été hospitalisé(e) ? oui* non * précisez :

Avez-vous été opéré(e) ? 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 U16 en U19
- DEMANDE DE SURCLASSEMENT U17 en seniors
- DEMANDE DE SURCLASSEMENT U16 F et U17 F en seniors

Nom : Prénom : Saison :
 Sexe : Né(e) le :

| EXAMEN MEDICAL | | | | |
|---|--|--|-----------------|--|
| ANTÉCÉDENTS DÉCLARÉS | | | | |
| Médicaux et chirurgicaux : | | | | |
| Allergie(s) : | | | | |
| Date vaccination antitétanique (dernier rappel de vaccination entre 11 et 13 ans) : | | | | |
| Traitement(s) en cours : | | | | |
| EXAMEN MORPHOSTATIQUE | | | | |
| Taille : (m/cm) | | IMC = Poids / Taille² | | |
| Poids : (kg/g) | | IMC : | | |
| | | Normal | Surpoids | Obésité modérée |
| | | 18,5 à 25 | 25 à 30 | 30 à 35 |
| | | Obésité sévère | | Obésité morbide |
| | | 35 à 40 | | Plus de 40 |
| STADE PUBERTAIRE (de 1 à 5) ⓘ Le double surclassement n'est autorisé qu'à partir du stade 4 | | | | |
| S : <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 | | G : <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 | | P : <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 |
| EXAMEN SOMATIQUE | | | | |
| APPAREIL LOCOMOTEUR ET RACHIDIEN : anomalie éventuelle | | | | |
| APPAREIL CARDIO-RESPIRATOIRE | | | | |
| Électrocardiogramme (ECG) | | L'ECG est OBLIGATOIRE. ⓘ Joindre le tracé avec son interprétation médicale (<i>l'automatique n'est pas valable</i>) | | |
| Examen cardio-vasculaire | | Pression artérielle bras gauche : Pression artérielle bras droit : | | |
| Auscultation respiratoire | | | | |
| 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 / DE LA JOUEUSE | | | | |
| | | | | |
| CONCLUSION | | | | |

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

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

Préciser le motif :

Date : Signature et cachet :