[Tapez ici]

DOSSIER DE SUR-CLASSEMENT

dossier complet (*2 pages*) à faire parvenir au médecin fédéral national : **medical@ffhg.eu**

Nom : …… Prénom :……

N° de licence : …… Nom du club : ……

licencié depuis : …… ans
date de naissance : …… discipline pratiquée : ……

adresse mail du club : ……@……

AUTORISATION PARENTALE

(pour les mineurs)

Nous soussignés, ……., autorisons notre enfant à évoluer durant la saison en cours en catégorie …….

Fait le, ……..à ……..

Signature du père signature de la mère

AUTORITES DEMANDANT L'APTITUDE

(les signatures du Président et de l'entraîneur sont obligatoires)

Président du Club : …….. Signature :

Entraîneur : …….. Signature :

☐ sur-classement ☐ sur-classement MIXITE (**U9 & U11 uniquement**)

demandé de la catégorie ……. à la catégorie ……

Cachet de l'Association

CONSIDERATIONS GENERALES

Le Médecin Fédéral de la FFHG rappelle aux dirigeants et aux entraîneurs que le surclassement , la mixité, ne sont pas et ne doivent pas devenir des moyens de gestion de la ressource que constituent nos joueurs. Ils lui offrent la possibilité de jouer à un niveau supérieur, sous réserve de l'absence de contre-indication médicale.

[Tapez ici]

confidentiel médical

FFHG
FÉDÉRATION FRANÇAISE DE HOCKEY SUR GLACE

confidentiel médical

FICHE MEDICALE de SURCLASSEMENT

(se munir impérativement du carnet de santé pour la visite médicale)

Nom et prénom de l'adhérent : …… date de naissance : ……

Nom du club : ……..

1- Données morphologiques :

Poids…… Taille ……..

Les valeurs doivent être équivalentes à celles de la catégorie d'âge supérieure.

2- Examen clinique général :

(Pulmonaire, neurologique, ORL, ophtalmo…pouvant entraîner une gêne et contre indiquer la pratique à un niveau supérieur)……
……..

3- Examen cardio-vasculaire :

a) Antécédents familiaux : ……
b) Antécédents personnels : malaise, syncopes……
c) TA : ……Pouls :……..
d) Clinique : ……..

4- Examen locomoteur :

a) Rachis (radios au moindre doute) : ……
b) Genoux (conflit fémoro-patellaire, instabilité) : ……
c) Pieds (podoscopie ? stabilité de la cheville) : ……...
d) Autres : …… .

5- Autres éléments d'appréciation :

a) Autres sports pratiqués : ……
b) Charges totales d'entraînement hebdomadaires : ……...
c) Niveau scolaire : ……
d) Sommeil : ……...
e) Développement psychologique :……..
f) Traitements en cours : ……

6- Examens complémentaires éventuels :

- ECG, (**Obligatoire pour le surclassement des U16 (**U17 1ère année**) et des U20** (les 3 années) **d'âge** de la catégorie**) – Compte rendu à joindre au dossier**

- Echocardio, EFR, Epreuve d'effort si nécessaire

7- Remarques :

……

8. Conclusion :

Je soussigné, Docteur ……..certifie avoir examiné M/Mme ……..…

☐ **Qui ne présente pas de contre indication médicale à la pratique du hockey sur glace**

☐ **Qui ne présente pas de contre-indication à un sur-classement**

Nom du médecin examinateur : …… Tampon :

Fait à, ……..le ……