DOSSIER DE SURCLASSEMENT SUPERIEUR (OU DOUBLE POUR LES FEMININES)

A retourner impérativement à la fédération le mercredi au plus tard pour validation le week-end suivant

Nom : …… Prénom : …….. Sexe : ……

Date et lieu de naissance : …….. à ……

Adresse : ……

……

N° de téléphone : ……N°licence : ……

Discipline : …… Spécialité : ……

DEMANDE DU CLUB

Je soussigné(e) ……

responsable du club …….. ayant pour N° d'affiliation ……

en qualité de ……

sollicite pour : ……

l'autorisation de pratiquer le ……

pour la saison ……

en surclassement supérieur / en double surclassement (rayer la mention inutile)

Fait le ……à …….. Signature :

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e)……

Autorise mon enfant ……

pour la saison 2016/2017 à pratiquer en senior le ……

en surclassement supérieur ou en double surclassement féminin.

Fait le ……à …….. Signature :

PARTENAIRE OFFICIEL

Fédération Française
Roller Sports

T (33) 05 56 33 65 65 - F (33) 05 56 33 65 66
contact@ffroller.fr
6, Boulevard du Pdt Franklin Roosevelt
CS 11742 - 33080 Bordeaux Cedex - France
www.ffroller.fr

EXAMEN MEDICAL

Taille : Poids : Envergure :

Antécédents (médicaux, chirurgicaux, traumatiques) :

Vaccinations : DT polio à jour : oui /non date dernier rappel : Groupe Rhésus :
Hépatite B : BCG : Test tuberculinique :

EXAMEN CLINIQUE :

EXAMEN LOCOMOTEUR:

Rachis : Cyphose : Lordose : Axe rachidien :

Bassin : Inclinaison antéro-post :

Inclinaison latérale :

Genoux : Axe antéro-post : Axe frontal :

Pieds : Empreinte podologique :

Distance doigt-sol : cm Talon-fesse gauche : cm Talon fesse-droite : cm

Examen ostéo-articulaire :

SPIROMETRIE

Capacité vitale : VEMS : Courbe Débit Volume :

URINES

Albumine : Glucose :

Sang :

ELECTRO CARDIOGRAMME (joindre l'ECG)

TA :
Puls :

Je soussigné docteur.....

Considère (nom) :**.....**

☐ **Apte** ☐ **Inapte**

Fait le ……..à ……..

Signature et cachet:

PARTIE RESERVEE AU MEDECIN FEDERAL