Sporting Hockey Club Saint Gervais

67, Impasse de la Cascade
74170 Saint Gervais

Courriel : secretariatshcsg@gmail.com

Site : http://www.hockey-stgervais.fr

Les dossiers sont à télécharger, ou à retirer, et à déposer à la patinoire.

Permanences : les samedis 25 août et 1 septembre 2018 de 11:00 à 12:00.

RENOUVELLEMENT OU SOUSCRIPTION DE LICENCE

AVEC SURCLASSEMENT

SAISON 2018-2019

DOCUMENTS A FOURNIR :

- ☐ Le « FORMULAIRE DE DEMANDE DE LICENCE 2018/2019 (votre signature en bas à gauche). Le certificat médical fourni pour votre licence 2017-2018 est valable trois ans (sauf en cas de surclassement) sinon il faudra le Certifié/Signé par le médecin avec son **numéro d'ordre obligatoire**. L'option d'assurance de la FFHG base A, ***gratuite***, est suffisante.
- ☐ **1 photo numérique** : prise sur place lors du dépôt de la licence, ou envoyée à l'adresse suivante : secretariatshcsg@gmail.com Le fichier devra être de la forme suivante : *xavier dupont.jpeg*.
- ☐ L'attestation autorisant le **contrôle antidopage** (formulaire FFHG). Attention, il est **indispensable d'autoriser les prélèvements**, même pour les enfants, afin de valider la saisie de la licence.
- ☐ **La fiche d'autorisation de diffusion de l'image**.
- ☐ La fiche d'autorisation d'hospitalisation dûment remplie. Les indications portées sur cette fiche sont confidentielles.
- ☐ Fiche sanitaire de liaison à renseigner par vos soins.
- ☐ Copie carte mutuelle
- ☐ Copie Carte européenne assurance maladie
- ☐ Autorisation sortie territoire
- ☐ Fiche sanitaire de liaison à renseigner par vos soins.
- ☐ Copie carte mutuelle
- ☐ Copie Carte européenne assurance maladie
- ☐ Autorisation sortie territoire

Sporting Hockey Club Saint Gervais

67, Impasse de la Cascade
74170 Saint Gervais

Courriel : secretariatshcsg@gmail.com

Site : http://www.hockey-stgervais.fr

- Le dossier de surclassement (**pour les enfants nés en 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2006, 2008 et 2010**) qui est composé de trois volets :

  1. le dossier de surclassement à remplir et signer par vos soins
  2. la fiche « confidentiel médical » à remplir par le médecin. Attention U16 et U20, **ECG obligatoire**
  3. la fiche d'aptitude : l'encadré n°1 est à remplir, signer et tamponner par votre médecin

Pour les nouveaux licenciés FFHG seulement :

- Une photo de votre pièce d'identité en cours de validité (recto verso) envoyée à : secretariatshcsg@gmail.com.

Pour les joueurs provenant d'un autre club :

- Il faudra ajouter les frais du transfert, au prix de votre adhésion (de 20 à 80 euros selon la catégorie de votre enfant).

Pour les joueurs de nationalité étrangère :

- Nous devrons remplir une demande de transfert international pour compléter votre dossier. Cette procédure est payante et vous sera refacturée (à titre indicatif : de 20 à 80 euros selon les catégories).

Sporting Hockey Club Saint Gervais

67, Impasse de la Cascade
74170 Saint Gervais

Courriel : secretariatshcsg@gmail.com

Site : http://www.hockey-stgervais.fr

PRIX LICENCE 2018-2019

Le montant de la cotisation comprend le prix de la licence reversé à la Fédération Française de Hockey sur Glace et le montant de la cotisation au Sporting Hockey Club Saint-Gervais**…. / …**

CATEGORIES	Année d'âge	Détail pour information	Tarif licence SHCSG
ECOLE DE HOCKEY U7	**2012, 2013 et 2014**	**FFHG 35,40 € + Assurance 3,78 € + Ligue 5,00 € + reste part club**	**125 €**
MOUSTIQUE U9	**2010 et 2011**	**FFHG 35,40 € + Assurance 3,78 € + Ligue 5,00 € + reste part club**	**205 €**
POUSSIN U11	**2008 et 2009**	**FFHG 78,10 € + Assurance 3,78 € + Ligue 5,00 € + reste part club**	**250 €**
BENJAMIN U13	**2006 et 2007**	**FFHG 78,10 € + Assurance 3,78 € + Ligue 5,00 € + reste part club**	**280 € +100 € sport-étude**
MINIMES U15	**2004 et 2005**	**FFHG 81,20 € + Assurance 3,78 € + Ligue 5,00 € + reste part club**	**510 € +100 € sport-étude**
CADETS U17	**2002 et 2003**	**FFHG 81,20 € + Assurance 3,78 € + Ligue 5,00 € + reste part club**	**565 € + SSP 230 €**
JUNIORS U20	**2000 et 2001**	**FFHG 81,20 € + Assurance 3,78 € + Ligue 5,00 € + reste part club**	**565 € + SSP 230 €**
DIRIGEANT			**Prise en charge par le club**

Réduction : -10 % pour 2 joueurs et plus de la même famille (les 100 € du sport-étude ne sont pas concernés).

Il est possible de régler de façon échelonnée (à définir sur place ou appeler **Stanley Jasmin** - Secrétaire du SHCSG - secretariatshcsg@gmail.com ou 0781921225 - pour définir les modalités d'échelonnement). ***Attention, les chèques vacances de toutes sortes ne sont pas acceptés***.

FORMULAIRE DEMANDE DE LICENCE
2018/2019

* EN CAS DE PREMIERE PRISE DE LICENCE, N'OUBLIEZ PAS DE JOINDRE A CETTE DEMANDE UNE COPIE DE VOTRE CARTE D'IDENTITE OU DE VOTRE LIVRET DE FAMILLE.

N° de licence : ..... Nom & prénom : .....

Adresse :.....

.....

✆ Domicile : ..... ✆ bureau : .....✆ mobile : .....

courriel : .....

né(e) le : ..... lieu naissance : .....

nationalité : ..... sexe : .....

☐ « *dirigeant non pratiquant* » - 48,80 € (hors assurance)

☐ « *compétition U15 à séniors* » - 81,20 € (hors assurance)

☐ « *U9* » - 35,40 € (hors assurance)

☐ « *loisir U17 à séniors* » - 81,20 € (hors assurance)

☐ « *compétition U11 à U13* » - 78,10 € (hors assurance)

☐ « *bleue* » ou « extension » - 29,70 €

☐ « extension ENTRAINEUR » - 31,60 €

* assurance « responsabilité civile » : 0,60€
« individuelle accident » : 3,18€

CERTIFICAT MEDICAL : le certificat médical d'aptitude à la pratique du hockey sur glace est à compléter pour tous les types de licences **hormis** la licence « dirigeant non pratiquant ».

Je soussigné, Docteur....., certifie avoir examiné.....

Et n'avoir constaté ce jour, aucun signe apparent semblant contre-indiquer la pratique du Hockey sur Glace, hockey Luge ou de la ringuette en compétition dans sa catégorie d'âge.

Fait à ..... le ..... *Cachet et signature*

ASSURANCES : Je, soussigné, atteste avoir été informé de l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut m'exposer (art. L321-4 du code du sport). Dans ce cadre, je déclare avoir pris connaissance des modalités d'assurances présentées dans la notice d'information assurance FFHG ci-annexée, et de la possibilité de souscrire à l'une des garanties d'assurance Accident Corporel proposées avec ma licence (Option A, B ou C).

◯ **Je décide de souscrire au contrat collectif Accident Corporel- Assistance rapatriement, et choisis l'Option de base A incluse dans le prix de ma licence ;**

La souscription d'une option complémentaire B ou C se fait à l'aide du bulletin d'adhésion joint à la notice d'information assurance FFHG ci-annexée.

◯ **Je décide de ne pas souscrire au contrat collectif. En cas d'accident corporel dont je pourrais être victime lors de ma pratique sportive, je ne pourrais bénéficier d'aucune indemnité au titre du contrat « Accident Corporel » proposé par la FFHG. J'atteste néanmoins avoir été informé de l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut m'exposer.**

LE LICENCIE OU SON REPRESENTANT LEGAL

POUR LE CLUB

Les données collectées font l'objet d'un traitement informatisé.
Conformément aux dispositions de l'article 27 de la Loi du 06/01/78,
Vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données personnelles vous concernant, en vous adressant par courrier, à la :
FFHG: aren'ice – 33 avenue de la Plaine des Sports – 95800 CERGY
Sauf opposition de votre part, les données vous concernant pourront être cédées à des tiers à des fins de prospection commerciale.

Certifie exacts les renseignements ci-dessus

Cachet et signature

FÉDÉRATION FRANÇAISE DE HOCKEY SUR GLACE,
AREN'ICE, 33 AVENUE DE LA PLAINE DES SPORTS, 95 000 CERGY
Tél : +33(0) 1 85 76 49 49
Fax : +33(0) 1 85 76 49 29
contacts@ffhg.eu
www.hockeyfrance.com

BULLETIN D'ADHESION AUX OPTIONS COMPLEMENTAIRES FACULTATIVES « ACCIDENT CORPOREL » proposées par la FFHG

Contrat MMA Entreprise n°127.120.913

A retourner, accompagné de votre chèque à : ***AIAC Courtage, 14 rue de Clichy, 75311 Paris cedex 9.***

Je soussigné(e)

Nom – Prénom :…….. Date de naissance :…….

Adresse :
……
……
……

Club de :…….. **N° de licence** :……

Adresse Email (obligatoire) : ……

Je souhaite bénéficier des garanties du contrat d'assurance « accident corporel ».

Option « B » ☐ prime: 15 € TTC
Option « C » ☐ prime: 25 € TTC

Et vous adresse le chèque correspondant libellé à l'ordre d'AIAC Courtage.

Clause bénéficiaire : en cas de décès de l'assuré, le bénéficiaire est, sauf stipulation contraire adressée par l'assuré au moyen d'une disposition écrite et signée, le conjoint survivant de l'assuré, non séparé de corps, non divorcé, à défaut les enfants légitimes reconnus ou adoptifs de l'assuré, à défaut les héritiers de l'assuré.

Si l'assuré(e) est mineur(e), les bénéficiaires sont les ayants droits légaux.

Nom, prénom et adresse du représentant légal pour un mineur :
……
……
……

Je déclare avoir pris connaissance de la notice d'information du présent contrat.

Seules les demandes d'adhésion dûment complétées, signées et accompagnées du règlement correspondant seront prises en compte par la Compagnie. Les garanties ne prendront effet qu'à la date de réception, par AIAC, du présent bulletin et du règlement de la prime. Les garanties prennent fin à la date de fin de validité de la licence pour la saison considérée.

Le soussigné peut demander à la compagnie communication et rectification de toute information le concernant qui figurerait sur tout fichier à usage de la compagnie, de ses mandataires, réassureurs et des organismes professionnels.

Fait à ……le……
Signature (pour les mineur(e)s : son représentant légal) « lu et approuvé »

ATTESTATION 2018/2019

PRÉLÈVEMENTS & EXAMENS AUTORISÉS DANS LE CADRE DES CONTROLES ANTI-DOPAGE

Conformément à l'article 7 du décret relatif aux prélèvements et examens autorisés dans le cadre des contrôles anti dopage ;

Je soussigné, ...

Représentant légal de l'enfant mineur .....

autorise ☐

n'autorise pas ☐

- *Cochez votre choix*

Que soit effectué sur mon enfant un prélèvement nécessitant un prélèvement sanguin ou salivaire.

En foi de quoi, je remets la présente attestation au responsable de l'association dans laquelle mon enfant est licencié(e).

Nota bene : l'absence d'autorisation pourra être regardée comme un refus de se soumettre aux mesures de contrôle.

Fait à .....

le ...../...../.....

Signature licencié ou représentant légal et cachet du club :

FÉDÉRATION FRANÇAISE DE HOCKEY SUR GLACE,
AREN'ICE, 33 AVENUE DE LA PLAINE DES SPORTS, 95 800 CERGY
Tél : +33(0) 1 85 76 49 49
Fax : +33(0) 1 85 76 49 29
contacts@ffhg.eu
www.hockeyfrance.com

Sporting Hockey Club Saint Gervais

67, Impasse de la Cascade
74170 Saint Gervais

Courriel : secretariatshcsg@gmail.com

Site : http://www.hockey-stgervais.fr

Diffusion de l'image

Je soussigné(e)_____
Père- mère- représentant légal (*)
de (nom - prénom du ou des enfants) :

_____

- ☐ autorise
- ☐ n'autorise pas (*)

le Sporting Hockey Club de Saint Gervais à diffuser des photos sur lesquelles pourrait (en) figurer mon /mes enfant(s)

Fait à _____ Le _____
Signature :

(*) Rayer la mention inutile

Sporting Hockey Club Saint Gervais

67, Impasse de la Cascade
74170 Saint Gervais

Courriel : secretariatshcsg@gmail.com

Site : http://www.hockey-stgervais.fr

Autorisation d'hospitalisation

Madame, Monsieur (*)_____

Mère, père ou tuteur légal (*)

Autorise mon fils _____

À participer le Hockey sur Glace au sein du SPORTING HOCKEY CLUB DE SAINT GERVAIS (entraînements, matches, tournois, ...)
J'autorise les Dirigeants à prendre toutes les mesures utiles en cas d'accident :
autorisation d'hospitaliser (entrée et sortie) et **autorisation d'opérer** en cas d'urgence.
Je désire être avisé(e) immédiatement en cas d'accident :

- ☐ Téléphone domicile : _____
- ☐ Bureau père :_____ Bureau mère : _____
- ☐ Mobile père : _____ Mobile mère : _____
- ☐ Téléphone autre (précisez) _____

Renseignements complémentaires :

- ☐ N° sécurité sociale : _____
- ☐ Caisse Complémentaire : _____

Contre-indications à porter à la connaissance des médecins (allergies, traitements, etc.) :

_____
_____
_____

Fait à _____ Le _____
Signature

MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Code de l'Action Sociale et des Familles

cerfa

N° 10008*02

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - **ENFANT**

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON ❑ FILLE ❑

DATES ET LIEU DU SÉJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

2 - **VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION

ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - **RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? oui ❑ non ❑

Si oui joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants ***(boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)***

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ	SCARLATINE
OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
COQUELUCHE	**OTITE**	**ROUGEOLE**	**OREILLONS**	
OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	

ALLERGIES : ASTHME oui ❑ non ❑ MÉDICAMENTEUSES oui ❑ non ❑

ALIMENTAIRES oui ❑ non ❑ AUTRES.....

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

cerfa
N° 15646*01

Imprimer
Réinitialiser

AUTORISATION DE SORTIE DU TERRITOIRE (AST) D'UN MINEUR NON ACCOMPAGNÉ PAR UN TITULAIRE DE L'AUTORITÉ PARENTALE

(article 371-6 du code civil ; décret n° 2016-1483 du 2 novembre 2016 relatif à l'autorisation de sortie du territoire d'un mineur non accompagné par un titulaire de l'autorité parentale ; arrêté du 13 décembre 2016)

1. PERSONNE MINEURE AUTORISÉE À SORTIR DU TERRITOIRE FRANÇAIS

Nom (figurant sur l'acte de naissance) : .....

Prénom(s) : .....

Né(e) le : |_|_|_|_|_|_|_|_| à (lieu de naissance) : .....

Pays de naissance : .....

2. TITULAIRE DE L'AUTORITÉ PARENTALE, SIGNATAIRE DE L'AUTORISATION

Nom (figurant sur l'acte de naissance) : .....

Nom d'usage (ex. nom d'épouse/d'époux) : .....

Prénom(s) : .....

Né(e) le : |_|_|_|_|_|_|_|_| à (lieu de naissance) : .....

Pays de naissance : ..... Nationalité : .....

Qualité au titre de laquelle la personne exerce l'autorité parentale (cocher la case) :

❑ Père ❑ Mère ❑ Autre (préciser) : .....

Adresse : ....

N° (*bis, ter*) Type de voie Nom de la voie

Code postal : |_|_|_|_|_| Commune : .....

Pays : .....

Téléphone *(recommandé)* : __ __ /__ __ /__ __ /__ __ /__ __

Courriel *(recommandé)* : .....

3. DURÉE DE L'AUTORISATION

La présente autorisation est valable jusqu'au : |_|_|_|_|_|_|_|_| inclus.

Elle ne peut excéder un an à compter de la date de sa signature.

Exemple : une autorisation signée le 1er septembre ne peut excéder le 31 août de l'année suivante.

4. SIGNATURE DU TITULAIRE DE L'AUTORITÉ PARENTALE

« Je certifie sur l'honneur l'exactitude des présentes déclarations »(1) :

DATE : |_|_|_|_|_|_|_|_| Signature du titulaire de l'autorité parentale :

(1) *Toute fausse déclaration est passible des peines d'emprisonnement et des amendes prévues aux articles 441-6 et 441-7 du Code pénal.*

5. COPIE DU DOCUMENT JUSTIFIANT L'IDENTITÉ DU SIGNATAIRE PRÉSENTÉE À L'APPUI DE L'AUTORISATION (1) :

Type de document (cocher la case) : ❑ Carte nationale d'identité ❑ Passeport ❑ Autre

(Préciser : .....)(2)

Délivré(e) le : |_|_|_|_|_|_|_|_|

Par (autorité de délivrance) : .....

(1) *La photocopie du document officiel justifiant de l'identité du signataire doit être lisible et comporter les nom, prénoms, date et lieu de naissance, photographie et signature du titulaire, ainsi que dates de délivrance et de validité du document, autorité de délivrance.*

(2) *Personne de nationalité française : carte nationale d'identité ou passeport, en cours de validité ou périmés depuis moins de 5 ans; Ressortissant de l'Union européenne ou d'un État partie à l'accord sur l'Espace Économique Européen (Islande, Norvège et Liechtenstein) ou de la Suisse : carte nationale d'identité ou passeport, délivrés par l'administration compétente de l'État dont le titulaire possède la nationalité, ou document de séjour délivré en France (art. L. 311-1 et s. du CESEDA), en cours de validité; Ressortissant d'un pays tiers à l'Union européenne : passeport délivré par l'administration compétente de l'État dont le titulaire possède la nationalité ou document de séjour délivré en France (art. L. 311-1 et s. du CESEDA) ou titre d'identité et de voyage pour réfugié(e) ou pour apatride, en cours de validité.*

RAPPEL : « La présente autorisation n'a pas pour effet de faire échec aux mesures d'opposition à la sortie du territoire (OST) ou d'interdiction de sortie du territoire (IST). Si votre enfant fait l'objet d'une mesure d'interdiction de sortie du territoire sans l'autorisation des deux parents, il doit justifier de l'autorisation prévue à l'article 1180-4 du code de procédure civile. »

DOSSIER DE SUR-CLASSEMENT du joueur

Nom : ..... Prénom :.....

N° de licence : ..... Nom du club : .....

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

adresse de l'Association *(pour retour du dossier visé par le médecin fédéral) :*

.....

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**)

☐ MIXITE sous-classement ☐ MIXITE double sous-classement

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.

F I C H E D`A P T I T U D E

❶ **CERTIFICAT MEDICAL**

Je soussigné, Docteur ....., certifie avoir examiné,
Mr/Melle .....pour l'obtention d'un :

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

Fait à ....., le .....

Cachet et signature du médecin

❷ **AVIS DU MEDECIN FEDERAL NATIONAL** (en l'absence des Médecins de ligues)
Après examen du dossier médical ou du licencié

Je soussigné, Docteur **Fabrice LECLERC, médecin fédéral national**, certifie avoir examiné le dossier médical de Mr/Melle .....
pour l'obtention d'un :

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

Fait à ....., le .....

Cachet et signature du médecin fédéral national

❸ **MIXITE**
SOUS-CLASSEMENT // DOUBLE SOUS-CLASSEMENT
(*annexe 2 – règlement ALM*)

Je soussigné, Président du club ..... sollicite,
le sous classement/double sous classement de Melle.....

☐ U15 mixité en U13	☐ U20 mixité en U17
☐ U17 mixité en U15	☐ senior mixité en U20

☐ double sous classement (adresser dossier à : a.gibier@ffhg.eu)

Fait à ....., le .....

Document à transmettre par le licencié sous enveloppe cachetée portant son nom-prénom et le nom du club, accompagné de la fiche d'aptitude, au secrétariat du club

confidentiel médical

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

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

nom du club : ……

Surclassement ☐

Mixité **(joueuse U9 et U11 uniquement)** ☐

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) Clinique : ……

d) Epreuve fonctionnelle : Indice de RUFFIER= (P0+P1+P2) – 200 / 10 (*à partir de la catégorie U13*)

Pouls au repos, PO = ……

Faire pratiquer 30 accroupissements en 45 secondes

Pouls dès la fin de l'effort, P1 = ……

Pouls une minute après l'effort, P2 = ……

Résultats : de 0 à 2 : athlétique - de 3 à 5 : bonne adaptation à l'effort - de 6 à 10 : adaptation moyenne - au delà de 10 : adaptation mauvaise. Un indice de Ruffier supérieur à 8 est une contre-indication au surclassement

4- Examen locomoteur :

a) Rachis (radios au moindre doute) : ……

b) Genoux (conflits fémoro patellaires, 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) Traitements en cours : ……

6- Motif de la demande :

……

……

7- Examens complémentaires éventuels :

- ECG, (**Obligatoire pour le surclassement des U16 et U20 - Compte rendu à joindre au dossier :**

……

……

- échocardio, EFR, épreuve d'effort…..

……

……

Nom du médecin examinateur : ……

Fait à, ……le ……

confidentiel médical