

Fédération Française de Natation

DEPARTEMENT MEDICAL
148 avenue Gambetta
75020 PARIS
☎ : 01.40.31.40.06 📠 : 01.40.30.18.26
Email : medical-ffn@wanadoo.fr

Fiche Médicale de Liaison

A REMPLIR SOUS PLEIN CONFIDENTIEL AU MEDECIN (EN STAGE OU EN COMPETITION)

Stage : Compétition :
Club : Discipline :
No de Licence :

Nom : Prénom :
Adresse :
Code Postal : Ville : Pays :
Email : Tél :
N° de sécurité sociale :

Renseignements médicaux

Groupe sanguin : Rh :
Antécédents Médicaux :
Antécédents chirurgicaux :
Antécédents traumatologiques :
Allergies connues :
Affections cliniques identifiées :
Diagnostic :
Traitement actuel :
Préventif :
De crise :

Dates des Vaccinations

ETRE A JOUR OBLIGATOIREMENT



Département Médical
148 avenue Gambetta
75 980 PARIS cedex 20
☎ : 01.40.31.40.06 📠 : 01.40.31.19.90
Email : medical-ffn@wanadoo.fr

FICHE DE SURCLASSEMENT POUR LA PRATIQUE DU WATER-POLO EN COMPETITION

SIMPLE SURCLASSEMENT A REMETTRE AU CLUB

A établir soit par:

- Médecin de famille
- Médecin du club

Je soussigné(e) Docteur.....
Certifié après avoir procédé aux examens prévus par la
Réglementation en vigueur que M.....
est apte à pratiquer dans la catégorie d'âge immédiatement supérieure le
..... en compétition, sous toutes réserves de
modifications de l'état de santé actuel.

A..... Le...../...../200

Signature du Médecin

CACHET

DOUBLE SURCLASSEMENT A RETOURNER AU DEPT MEDICAL-FFN

A établir par:

- Médecin titulaire du CES de biologie du Sport qu'il soit :
 - * Médecin de famille.
 - * Médecin Fédéral F.F.N.
 - * Médecin d'un Centre Médico-sportif
 - * Médecin dans un service hospitalier de Médecine du Sport.

En cas d'appel transmettre le dossier au Médecin Fédéral Régional sous couvert du secret médical, ce dernier si besoin convoquera le sportif pour examen clinique et rendra une décision finale.

Je soussigné(e) Docteur.....

Suivant les résultats des examens médicaux effectués.

AUTORISE / REFUSE

Le **DOUBLE SURCLASSEMENT** de l'intéressé(e)

M.....

Pour la pratique du WATER POLO. en compétition

A..... Le...../...../200

Signature du Médecin

CACHET



Département Médical
148 avenue Gambetta
75980 PARIS cedex 20
☎ : 01.40.31.40.06 📠 : 01.40.31.19.90
Email : medical-ffn@wanadoo.fr

EXAMENS MEDICAUX DE SURCLASSEMENT A REMETTRE AU MEDECIN PRATIQUANT L'EXAMEN
et
A RETOURNER SOUS PLI CONFIDENTIEL AU DEPARTEMENT MEDICAL DE LA FFN

Nom:..... Prénom:..... Club:..... Licence:.....

Date de naissance:...../...../19..... Age:.....

Morphologie:..... T.A.Repos:..... T.A.Couché:..... T.A.Debout:.....

Peau:.....

Cœur:..... F.C. Repos

Poumons:..... Adaptation à l'effort:

Os:.....

Examen Dentaire:..... Puberté: P0 P1 P2 P3 P4 P5

O.R.L.:..... Poids:..... Taille:..... cm.....

Ophthalmologie:..... Masse Grasse:.....

Dates de Vaccinations:

Vaccins	Dates
D.T.P	/ /19.....
B.C.G.	/ /19....

CONCLUSION :