|  |  |
| --- | --- |
| H:\logo.jpg | **DEMANDE DE SURCLASSEMENT U17 et U20 en Senior****DEMANDE DE SURCLASSEMENT U16 et U17 en Junior** **DEMANDE DE SURCLASSEMENT U15 en Cadet** |

Dans les conditions de l'article 16 alinéa 5 – 6 – 7 des Règlements Généraux de la FENIFOOT et s’ils satisfont à l’ensemble des examens demandés :

*➢* ***Les joueurs (es) U17 et U20 peuvent pratiquer en catégorie Senior ;***

***➢ Les joueurs (es) U16 et U17 peuvent pratiquer en catégorie Junior ;***

***➢ Les joueurs (es) U15 peuvent pratiquer en catégorie cadet ;***

 ***dans les conditions fixées par le règlement de l’épreuve.***

**SAISON : 2020 – 2021**

**PREAMBULE**

L’examen médical de surclassement des joueurs et des joueuses, effectué par un médecin fédéral ou régional est destiné à juger de l’aptitude à pratiquer le football en catégorie Senior (pour les U17 et U20) en catégorie Juniors (pour les U16 et U17) et en catégorie Cadets pour les U15 et engage la responsabilité du praticien qui le réalise.

* La Commission Centrale Médicale 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 adversaires plus âgés dont le morphotype et l’engagement physique sont à en prendre en considération.
* La Commission Centrale Médicale 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.

Les données personnelles recueillies sur l’ensemble de ce formulaire font l’objet d’un traitement par l’Association Régionale de Football concernée aux fins de traitement des demandes de surclassement. Elles sont destinées au Médecin Fédéral de la FENIFOOT.

Le demandeur bénéficie d’un droit d’accès, de rectification et d’opposition aux informations qui le concernent. Le demandeur peut exercer ces droits en s’adressant à son Association Régionale.

**Dossier à adresser, sous pli confidentiel, au siège de l’Association Régionale à l'attention de la Commission Centrale Médicale au siège de la FENIFOOT (bureau Football Connect)**

*DOSSIER MEDICAL INCOMPLETEMENT REMPLI SERA IRRECEVABLE ET RETOURNE AUX PARENTS OU AU REPRESENTANT LEGAL DU JOUEUR / DE LA JOUEUSE*

 **ETAT CIVIL ET FEDERAL**

Nom .............................................................................................................................................

Prénom : ......................................................................................................................................

Sexe : ..........................................................................................................................................

Date de naissance : ....................................................................................................................

N° de licence : .............................................................................................................................

Adresse :.....................................................................................................................................

Nom du club : ..............................................................................................................................

N° d'affiliation : ............................... …………………………………………………………........

Nom du club de la précédente saison : .......................................................................................

 **DEMANDE DU CLUB**

 ***À remplir préalablement à l’examen médical***

Après avoir pris connaissance du préambule, je soussigné(e), .............................................................................. Président(e) ou Secrétaire Général du club :…...................................................................................... sollicite pour le joueur / la joueuse cité (e) ci-dessus l’autorisation de pratiquer le football en catégorie supérieure (U17 – U20 pour les seniors, U17, U16 pour les juniors et U15 pour les Cadets) sous réserve de l’application de la règlementation de la FENIFOOT.

J’atteste que ce joueur / cette joueuse est normalement autorisé (e) à pratiquer en catégorie supérieure susmentionnée.

Niveau équipe : ..........................................................................................................................

Poste occupé : ............................................................................................................................

 Date : Cachet et Signature

 **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 supérieure (U17 – U20 pour les seniors, U17 et U16 pour les juniors et U15 pour les Cadets) et, en cas d’aptitude, l’autorise à participer à ces compétitions.

 Date : Signature

 **DOSSIER MEDICAL D’EVALUATION AU SURCLASSEMENT**

Je soussigné, Docteur ……………………………………………………………................. N°d’ordre………

CERTITIFIE avoir pratiqué les examens obligatoires et constaté :

dans les antécédents médicaux, traumatiques et chirurgicaux : ……………………………………………… …………………………….…………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………

* **VACCINATIONS À JOUR :** OUI ou NON
* **SUR LE PLAN MORPHOLOGIQUE, STATIQUE ET DYNAMIQUE :**

 Taille (cm) …………Poids (kg) ……………Stade pubertaire : ……… (classification de Tanner)

 Ostéochondrose : …………………………………………………………………………………………

 Laxité, instabilité : ………………………………………………………………………..……………..

 Souplesse : ………………………………………………………………………………………………

* **SUR LE PLAN CARDIO-VASCULAIRE ET RESPIRATOIRE** :

Auscultation : ………………………………………………………………………

TA (au repos) : bras droit : …………………………………………….… bras gauche :

ECG (recommandé) : …..………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………

Si examens complémentaires (échographie, épreuve d’effort, spirométrie …) joindre le compte-rendu.

* **SUR LE PLAN CLINIQUE GENERAL :**

Ophtalmologique :……………………………………………………………………………………………….

Neurologique :…………………………………………………………………………………………………..

Endocrinologique :…………………………………………………………………………………………….

Examens complémentaires éventuels : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

En conclusion, considère que Mr, Mlle ..……………………………………….……..……………………….

Né (e) le ………………………. Association Sportive……………………………………………… est : APTE ou INAPTE à pratiquer le football en compétition dans la catégorie demandée.

 Fait à ……………………………………… le ………………………...

 Cachet et Signature du médecin examinateur

: