



Fédération Française **Roller & Skateboard**

DOSSIER DE SURCLASSEMENT SENIOR OU SURCLASSEMENT SENIOR FÉMININ

A retourner impérativement à la Fédération (au service compétitions)
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 SENIOR
 en SURCLASSEMENT SENIOR FÉMININ
Fait le à Signature :

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e).....
Autorise mon enfant
pour la saison à pratiquer en senior le
En double surclassement ou triple surclassement féminin.
Fait le à Signature :

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 :

URINES

Albumine : Glucose :

Sang :

ELECTRO CARDIOGRAMME (joindre l'ECG)

TA :

Puls :

Le dossier sera considéré comme incomplet et donc irrecevable
dès lors que l'ensemble des examens n'aura pas été réalisé.

**FEUILLE À SCANNER LORS DE VOTRE DEMANDE
DE SURCLASSEMENT SENIOR OU DE SURCLASSEMENT SENIOR FÉMININ**

<p>Je soussigné docteur.....</p> <p>Considère (nom) :.....</p> <p><input type="checkbox"/> Apte <input type="checkbox"/> Inapte</p> <p>Fait leà</p> <p>Signature et cachet:</p>	<p><u>PARTIE RESERVEE AU MEDECIN FEDERAL</u></p>
--	---