

Formulaire de double surclassement (feuille administratif)

L'escrime est un sport d'opposition exigeant, qui expose à la confrontation avec des sportifs de gabarit et de développement parfois très différents, particulièrement lors de la pratique en compétition à un niveau supérieur à sa catégorie d'âge.

Le présent formulaire est applicable aux escrimeurs M17 2^{ème} et 3^{ème} année (nés en 2000 et 2001) souhaitant évoluer en catégorie senior, ainsi qu'aux escrimeurs M14 3^{ème} année (nés en 2003) souhaitant évoluer en M20.

*Le feuillet médical doit être rempli par un pédiatre, médecin du sport ou exerçant dans un centre médico-sportif agréé. * A titre exceptionnel, après accord du médecin fédéral régional, dans les territoires dépourvus en médecins du sport, ce formulaire peut être renseigné par le médecin traitant.*

Ce feuillet administratif devra être envoyé à la Ligue :

- pour autorisation du médecin fédéral régional et validation du coupon (tampon),
- pour validation du surclassement (sur le logiciel de licence de la fédération) et conservation (saison sportive)
- copie à transmettre au club (pour info), et à la FFE, (à l'attention du médecin fédéral Dr V. Meyer - pour info)

Pour rappel : * le double surclassement est limité à la pratique d'une seule arme.

Autorisation du responsable légal :

Je soussigné(e), M. Mme(père, mère, tuteur (tutrice) autorise mon fils – ma fille (NOM, Prénom, Club, Catégorie) à pratiquer l'escrime en compétition avec un double surclassement.

Fait le20.... A Signature :

Avis du maitre d'armes :

J'estime que le double surclassement de (NOM, Prénom), licencié au club d'escrimeprésente un intérêt sportif. Je donne un avis favorable à sa pratique de l'escrime en compétition dans la catégorie à (arme)

Facultatif : Ce surclassement doit être limité à (nombre) compétition(s).

Fait le20.... A Nom et signature du maitre d'armes :

Avis du CTS (ou du responsable de l'équipe technique régionale, quand la ligue ne dispose pas de CTS) :

J'estime que le double surclassement de (NOM, Prénom), licencié au club d'escrimeprésente un intérêt sportif. Je donne un avis favorable à sa pratique de l'escrime en compétition dans la catégorie à (arme)

Facultatif : Ce surclassement doit être limité à (nombre) compétition(s).

Fait le20.... A Nom et signature du CTS ou responsable ETR :

Avis du médecin fédéral régional : (après analyse du feuillet médical joint sous pli confidentiel)

Je soussigné(e), Dr certifie avoir pris connaissance des éléments médicaux requis pour le jeune (NOM, Prénom), né le, et considère que ses caractéristiques de développement physique et psychologique sont compatibles avec un double surclassement en catégorieà (arme)

Facultatif : Ce surclassement doit être limité à (nombre) compétition(s).

Fait le20.... A Signature et cachet :

Toute déclaration erronée ou fourniture de faux documents expose à des sanctions et dégage la responsabilité de la FFE. Ces examens ne sont pris en charge ni par la FFE ni par les organismes sociaux.

Formulaire de double surclassement - feuillet médical (à adresser sous pli confidentiel à la Ligue, à l'attention du médecin fédéral régional pour autorisation)

L'escrime est un sport d'opposition exigeant, qui expose à la confrontation avec des sportifs de gabarit et de développement parfois très différents, particulièrement lors de la pratique en compétition à un niveau supérieur à sa catégorie d'âge. Les assauts correspondent parfois à des efforts d'intensité maximale (fréquence cardiaque jusqu'à 200 / mn).

Examen médical (à remplir par le pédiatre, médecin du sport ou de Centre Médico-Sportif agréé*)

Je, soussigné :, docteur en médecine à, certifie avoir examiné le .../... /20... M., Melle. **(1)** (NOM - prénom), né(e) le ... / ... /, et fait les constatations suivantes :

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS ET FAMILIAUX (médicaux, chirurgicaux et traumatiques, cardiologiques ...) :

Poids : Kg Taille : cm Stade pubertaire selon TANNER :

EXAMEN CARDIO-VASCULAIRE :

Présence d'un souffle **(2)** : Oui Non

Pouls de repos :/ mn TA de repos : /

ECG de repos : joindre le tracé complet

EXAMEN OSTEO-ARTICULAIRE : (préciser les anomalies morphologiques et / ou fonctionnelles)

• **Colonne - bassin (2)**

- Déséquilibre du bassin Raccourcissement d'un membre inférieur (préciser) :
- Cyphose dorsale Hyperlordose Scoliose Attitude scoliotique
- Autre (préciser) :

• **Genoux :**

• **Chevilles-Pieds :**

- Pieds plats Pieds creux Port de semelles **(2)**

• **Souplesse :** Distance doigts-sol : + / - **(1)** cm

AUTRES DONNEES MARQUANTES DE L'EXAMEN :

CARACTERISTIQUES PSYCHOLOGIQUES : (Préciser les éléments notables)

NUTRITION ET HYGIENE DE VIE : (Préciser les éléments notables : appétit, sommeil, exclusions alimentaires, tabac, prise de médicaments, ...)

ACUITÉ VISUELLE : Œil droit : Œil gauche : Avec / Sans **(1)** correction

ANALYSE d'URINES : Protéines : Sucre :

Date de la dernière **vaccination antitétanique** (moins de 5 ans) : ... / ... /

En cas d'anomalie de l'examen cardio-vasculaire ou du tracé ECG, ou d'anomalie ostéo-articulaire, des examens complémentaires peuvent être nécessaires (à l'appréciation du médecin: épreuve d'effort, échographie cardiaque, IRM, radiographie...)

RESULTATS DES EXAMENS COMPLEMENTAIRES EVENTUELLEMENT DEMANDES :

CONCLUSION : En conclusion de cet examen, j'estime que cet enfant est apte / inapte **(1)** à pratiquer l'escrime de compétition en catégorie

Lieu : Date : ... / ... / 20.... Cachet et signature :

- (1) Rayer la mention inutile.**
- (2) Cocher les réponses correctes**

ATTENTION : si votre patient suit un traitement de fond et fait de la compétition, merci de vérifier que les produits ne font pas partie de la liste des produits dopants www.afld.fr et dans l'affirmative d'établir un dossier d'AUT (autorisation d'usage à des fins thérapeutiques)

Toute déclaration erronée ou fourniture de faux documents expose à des sanctions et dégage la responsabilité de la FFE. Ces examens ne sont pris en charge ni par la FFE ni par les organismes sociaux.