

Formulaire Médical 2006//6 Annexe au Règlement Médical	adoption : C.D. du 5/11/2005 entrée en vigueur : 01/09/2006 validité : permanente remplace : F. Médical 2004/6
CERTIFICAT DE SURCLASSEMENT POUSSIN	1 page

Le Badminton est un sport exigeant et intensif nécessitant un bilan complet pour la pratique en compétition à un niveau supérieur à sa catégorie d'âge. **Ce certificat doit être établi par un médecin diplômé de médecine du sport ou exerçant dans un Centre médico-sportif agréé.**

AUTORISATION DU RESPONSABLE LÉGAL	
Je soussigné(e), M., Mme, Mlle (père, mère, tuteur, tutrice) autorise mon fils - ma fille, à pratiquer le Badminton dans une catégorie supérieure à sa catégorie d'âge	
Fait le _____ à _____	Signature : _____

COMPTE-RENDU D'EXAMEN MÉDICAL (à conserver par le médecin régional, quelle que soit sa décision.)	
Club :	Ligue : _____ Dép :
Nom :	Prénom : _____ né(e) le : / /
Adresse :	Tél :
<u>Antécédents</u>	
Médicaux :	Traumatiques :
Chirurgicaux :	Allergiques :
Traitements suivis :	
<u>Vaccinations :</u>	
<u>Urine</u> Albumine :	Dernier Rappel : _____ Sucre :
<u>Morphologie</u> Droitier / Gaucher	Taille : _____ Poids : _____ IMC :
Rachis :	Bassin : _____ M. sup. : _____ M. inf. :
Pieds :	Développement pubertaire : _____ Score de Tanner :
Si déformation rachidienne, fournir compte-rendu.	
<u>Vue</u> OD :	OG : _____ après correction, OD : _____ OG :
<u>Examen respiratoire</u>	Auscultation _____ Peak-flow :
<u>Examen cardio-vasculaire</u>	
. Auscultation Repos :	Effort : _____ si souffle, résultat échocardiographie :
. E.C.G. de repos : Joindre le C.R.	
<u>Remarques</u> Psychisme :	Habitudes alimentaires :
Sommeil (heures habituelles) :	Niveau scolaire : _____ Autres :
Je, soussigné(e), Docteur en Médecine, spécialiste de Médecine du Sport , certifie avoir examiné M....., et, après avoir pratiqué les examens recommandés par le consensus médical et lui avoir expliqué ainsi qu'à ses parents les risques dus à son âge, je certifie que son état ne présente pas de contre indication à la pratique du badminton en compétition en catégorie supérieure.	
Fait à _____ le _____	Signature et cachet du médecin (+ CMS): _____

TOUTE DÉCLARATION ERRONÉE OU FOURNITURE DE FAUX DOCUMENT DÉGAGE LA RESPONSABILITÉ DE LA FFBA

CES EXAMENS NE SONT PRIS EN CHARGE NI PAR LA FÉDÉRATION FRANÇAISE DE BADMINTON NI PAR LES ORGANISMES SOCIAUX

Feuillet détachable à remplir par le médecin de Ligue	
<i>(le joueur doit renvoyer à la ligue ce coupon visé par le médecin régional pour validation du surclassement sur la licence)</i>	
Nom du joueur :	Club : _____ Dépt :
Après lecture du dossier, pas de contre indication à pratiquer le badminton avec simple surclassement Poussin à partir de ce jour.	
Le _____ à _____	Dr _____ Médecin de la ligue de : _____
<i>cachet du médecin</i>	