

SURCLASSEMENT SUPÉRIEUR

Ces examens doivent permettre de déterminer si la joueuse ou le joueur présente des qualités morphologiques, physiologiques et psychologiques suffisantes pour jouer en **catégorie + 19 (pour les -17 ans 2ème année et 3ème année ayant 15 ans révolus)**.
Le surclassement supérieur est accordé d'une manière exceptionnelle et doit prendre en compte l'intérêt individuel du sportif.

Mademoiselle, Monsieur,.....
Né(e) le
Adresse
Club
Discipline concernée par la demande : Gazon Salle

DEMANDE DU CLUB (PRÉALABLE À L'EXAMEN MÉDICAL)

Je soussigné(e),....., Président ou Secrétaire du club de.....sollicite pour le (la) joueur(se) ci-dessus, l'autorisation de pratiquer le Hockey en catégorie + 19 ans. J'atteste que ce(tte) joueur(se) est normalement assuré(e) pour pratiquer le Hockey en catégorie + 19 ans.

- Niveau de l'équipe première.....
- Poste occupé

Fait à **Signature et cachet du club**

Le

AUTORISATION D'UN REPRÉSENTANT LÉGAL (PRÉALABLE À L'EXAMEN MÉDICAL)

Je soussigné(e) Madame, Monsieur, autorise Mademoiselle, Monsieur,..... à bénéficier d'un surclassement supérieur en vue des compétitions officielles, régionales, nationales, internationales.

Fait à **Signature du représentant légal**

Le

AUTORISATION DU MÉDECIN QUALIFIÉ EN MÉDECINE DU SPORT

Je soussigné(e) Dr titulaire d'un diplôme de médecine du sport.
Adresse Téléphone
N° RPPS _____ certifie avoir examiné Mademoiselle, Monsieur

selon les recommandations de la F.F. Hockey :

- examen médical et psychologique compatible avec la pratique du Hockey
- ECG standardisé de repos (obligatoire) datant du :/...../..... **(moins de 3 mois)** rappel des vaccinations obligatoires si le patient n'est pas à jour.
- radiographie de la charnière lombo-sacrée (conseillée)
- échocardiographie (conseillée)

Au regard de ces examens, Mademoiselle, Monsieur est déclarée **apte au surclassement supérieur**.

Fait à, le..... **Signature et cachet du médecin**