

**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 + 18** (pour les -15 filles ayant 14 ans et pour les -15 et -18 garçons ayant 15 ans)  
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 .....

### **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 .....

Le .....

**Signature du représentant légal**

### **AUTORISATION DU MÉDECIN QUALIFIÉ EN MÉDECINE DU SPORT**

Je soussigné(e) Dr ..... titulaire d'un diplôme de médecine du sport.

Adresse ..... Téléphone .....

N° RPPS (obligatoire) \_\_\_\_\_

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** (obligatoire / avec mention RPPS)