

Formulaire Médical 2006//6 Annexe au Règlement Médical	<i>adoption</i> : C.D. du 5/11/2005 <i>entrée en vigueur</i> : 01/09/2006 <i>validité</i> : permanente <i>remplace</i> : 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> : _____ Dernier Rappel :	
<u>Urine</u> Albumine :	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>