



Fédération Française **Roller & Skateboard**

DOSSIER DE SURCLASSEMENT SENIOR OU SURCLASSEMENT SENIOR FÉMININ

A retourner impérativement à la Fédération (au service compétitions)
le mercredi **au plus tard** pour validation le week-end suivant.

Nom : Prénom : Sexe :
Date et lieu de naissance : à
Adresse :
.....
N° de téléphone : N°licence :
Discipline : Spécialité :

DEMANDE DU CLUB

Je soussigné(e)
responsable du club ayant pour N° d'affiliation
en qualité de
sollicite pour :
l'autorisation de pratiquer le
pour la saison
 en SURCLASSEMENT SENIOR
 en SURCLASSEMENT SENIOR FÉMININ
Fait le à Signature :

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e).....
Autorise mon enfant
pour la saison 2019/2020 à pratiquer en senior le
En surclassement senior ou surclassement senior féminin.
Fait le à Signature :

EXAMEN MEDICAL

Taille : Poids : Envergure :

Antécédents (médicaux, chirurgicaux, traumatiques) :

Vaccinations : DT polio à jour : oui /non date dernier rappel : Groupe Rhésus :
Hépatite B : BCG : Test tuberculinique :

EXAMEN CLINIQUE :

EXAMEN LOCOMOTEUR:

Rachis : Cyphose : Lordose : Axe rachidien :

Bassin : Inclinaison antéro-post :

Inclinaison latérale :

Genoux : Axe antéro-post : Axe frontal :

Pieds : Empreinte podologique :

Distance doigt-sol : cm Talon-fesse gauche : cm Talon fesse-droite : cm

Examen ostéo-articulaire :

URINES

Albumine : Glucose :

Sang :

ELECTRO CARDIOGRAMME (joindre l'ECG)

TA :

Puls :

**Le dossier sera considéré comme incomplet et donc irrecevable
dès lors que l'ensemble des examens n'aura pas été réalisé.**

Dans le cadre de la loi n° 78-17 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée (RGPD), nous vous informons que toutes les données récoltées sur ce formulaire sont stockées et utilisées uniquement pour un usage lié au traitement de votre demande de surclassement senior et surclassement senior féminin. Aussi, vous avez la possibilité d'accéder et obtenir des copies des données vous concernant, vous opposer au traitement de ces données, les faire rectifier ou les faire effacer une fois que votre demande aura été traitée. Vous disposez également d'un droit à la limitation du traitement de ces données.

**FEUILLE À SCANNER LORS DE VOTRE DEMANDE
DE SURCLASSEMENT SENIOR OU DE SURCLASSEMENT SENIOR FÉMININ**

Je soussigné(e) docteur.....

Considère (nom) :.....

Apte Inapte

Fait leà

Signature et cachet:

PARTIE RÉSERVÉE AU MÉDECIN FÉDÉRAL