



- DEMANDE DE SURCLASSEMENT U17 en Senior (Joueur né en 2007)
- DEMANDE DE SURCLASSEMENT U16F / U17F en Senior F (Joueuse née en 2007 et 2008 Dans la limite de 3 U16F et 3 U17F)
- DEMANDE DE SURCLASSEMENT U16 en U19 (Joueur né en 2008 Dans la limite de 3 U16)



Dans les conditions de l'article 73-alinéa 2 des Règlements Généraux de la FFF et s'ils satisfont à l'ensemble des examens demandés :

- Les joueurs U17 peuvent pratiquer en Senior, en compétitions de Ligue.
  - Les joueurs U16 peuvent pratiquer en Championnat U19, en compétitions de Ligue sur décision des Comités de Direction des Ligues et dans la limite de trois joueurs U16 pouvant figurer sur la feuille de match.
- Les joueuses U17F et U16 F peuvent pratiquer :
  - en Senior, en compétitions de Ligue, sur décision des Comités de Direction des Ligues et dans la limite de trois joueuses U16F et de trois joueuses U17F pouvant figurer sur la feuille de match.

**SAISON : 2024**

## **SECRET MEDICAL**

**Année de naissance :**

Nom : ..... Prénom : .....

Sexe : .....

Date de naissance : ..... N° de licence : .....

Adresse : .....

Nom du club : ..... N° d'affiliation : .....

Nom du club de la précédente saison : .....

## **PREAMBULE**

L'examen médical de surclassement des joueurs et des joueuses, effectué par un médecin fédéral est destiné à juger de l'aptitude à pratiquer le football en catégorie seniors (pour les U17, les U16 en U19 limité à 3, les U16 F et les U17 F limitée à 3 U16F et 3 U17F) et engage la responsabilité du praticien qui le réalise.

- La Commission Médicale Régionale attire votre attention sur l'importance de l'ensemble des examens demandés qui devront être réalisés dans ce dossier. Les critères morphostatiques, ostéoarticulaires et cardiovasculaires ont chacun un intérêt capital, car ces jeunes joueurs et joueuses sont appelé(e)s à jouer contre des seniors dont le morphotype et l'engagement physique sont à en prendre en considération.
- La Commission Médicale Régionale enregistre l'avis du médecin examinateur et valide l'autorisation de jouer. En cas d'avis médical défavorable, ou si la constitution administrative du dossier est incomplète, elle ne délivrera pas l'autorisation de surclassement.

Le Médecin Fédéral National

Les données personnelles recueillies sur l'ensemble de ce formulaire font l'objet d'un traitement informatique par la Ligue Régionale de Football aux fins de traitement des demandes de surclassement. Elles sont destinées au Médecin Régional de la Ligue de Football concerné(e). Conformément à la loi « Informatique et Libertés » et au Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 (RGPD), le demandeur bénéficie d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition aux informations qui le concernent. Le demandeur peut exercer ces droits en s'adressant à la Ligue Régionale de Football concerné(e).

**Dossier à adresser, sous pli confidentiel, au siège de la ligue à l'attention de la Commission Régionale Médicale.**

**TOUT DOSSIER MEDICAL INCOMPLETEMENT REMPLI SERA IRRECEVABLE ET  
RETOURNE AUX PARENTS OU AU REPRESENTANT LEGAL DU JOUEUR / DE LA JOUEUSE**



DEMANDE DE SURCLASSEMENT U17 en Senior (Joueur né en 2007)

DEMANDE DE SURCLASSEMENT U16F / U17F en Senior F (Joueuse née en 2007 et 2008 Dans la limite de 3 U16F et 3 U17F)

DEMANDE DE SURCLASSEMENT U16 en U19 (Joueur né en 2008 Dans la limite de 3 U16)



Nom : ..... Prénom : ..... Saison : .....  
Sexe : .....

## ➔ DEMANDE DU CLUB

À remplir préalablement à l'examen médical

Après avoir pris connaissance du préambule, je soussigné(e), ..... président(e) ou secrétaire du club de ..... sollicite pour le joueur / la joueuse cité(e) ci-dessus l'autorisation de pratiquer le football en catégorie supérieure (seniors pour les U17, U16 limité à 3 en U19, U16 F et U17 F, limitée à 3 U16F et 3 U17F) sous réserve de l'application de la réglementation de la FFF. J'atteste que ce joueur / cette joueuse est normalement assuré(e) pour pratiquer en catégorie supérieure sus mentionnée.

Niveau équipe : ..... Poste occupé : .....

Date : ..... Signature et cachet : .....

## ➔ AUTORISATION PARENTALE OU DU RESPONSABLE LEGAL

À remplir préalablement à l'examen médical

Après avoir pris connaissance du préambule, je soussigné(e), ..... père, mère ou responsable légal du joueur / de la joueuse cité(e) ci-dessus, l'autorise à se soumettre à l'examen médical de surclassement des joueurs / joueuses pour la pratique du football, en catégorie seniors pour les U17, U16 limité à 3 en U19, U16 F et U17 F limitée à 3 U16F et 3 U17F et, en cas d'aptitude, l'autorise à participer à ces compétitions.

Date : ..... Signature : .....

## ➔ AVIS DE LA COMMISSION REGIONALE MEDICALE

Partie strictement réservée à la CRM

Ayant pris connaissance du dossier de Mr / Melle, ..... et des conclusions de l'examen du Docteur .....

La Commission Régionale Médicale transmet le dossier au secrétariat de la ligue pour le surclassement demandé.

La Commission Régionale Médicale décide que le dossier ne peut être validé pour raison :

administrative. Motif : .....

médicale. Motif : un courrier explicatif sera adressé à la famille.

Date : ..... Signature et cachet : .....



DEMANDE DE SURCLASSEMENT U17 en Senior (Joueur né en 2007)

DEMANDE DE SURCLASSEMENT U16F / U17F en Senior F (Joueuse née en 2007 et 2008  
Dans la limite de 3 U16F et 3 U17F)

DEMANDE DE SURCLASSEMENT U16 en U19 (Joueur né en 2008 Dans la limite de 3 U16)



Nom : ..... Prénom : ..... Saison : .....

Sexe : .....

Né le : ..... Autre(s) sport(s) pratiqué(s) : .....

## QUESTIONNAIRE MEDICAL CONFIDENTIEL

À remplir par le joueur / la joueuse préalablement à l'examen médical

Avez-vous été hospitalisé(e) ? .....  oui\*  non \* précisez : .....

Avez-vous été opéré(e) ? .....  oui\*  non \* précisez : .....

Avez-vous des troubles de la vue ? .....  oui\*  non \* portez-vous des corrections  lunettes  lentilles

Avez-vous connaissance dans votre famille et survenu(e) avant l'âge de 50 ans d'un(e) ?

• accident, maladie cardiaque ou vasculaire  oui\*  non \* précisez l'âge : .....

• mort subite (*y compris du nourrisson*)  oui\*  non \* précisez l'âge : .....

Avez-vous déjà ressenti pendant ou après un effort un(e) ?

• malaise/perte de connaissance  oui  non

• palpitations (*cœur irrégulier*)  oui  non

• douleur thoracique  oui  non

• fatigue/essoufflement inhabituel  oui  non

Fumez-vous ? .....  oui\*  non \* nombre par jour ? .....  
depuis quelle date ? .....

Avez-vous des allergies ? .....  oui\*  non \* précisez : .....

Prenez-vous un traitement régulièrement ? .....  oui\*  non \* précisez : .....

Vos dents sont-elles en bon état ? .....  oui  non

Avez-vous eu des problèmes vertébraux ou ostéoarticulaires ?  oui\*  non \* précisez : .....

Date de vaccination contre le tétanos? ..... **(Veuillez apporter votre carnet de vaccination)**

Je soussigné(e), M... .., père, mère ou représentant légal, certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.

Date :

Signature :



DEMANDE DE SURCLASSEMENT U17 en Senior (Joueur né en 2007)

DEMANDE DE SURCLASSEMENT U16F / U17F en Senior F (Joueuse née en 2007 et 2008 Dans la limite de 3 U16F et 3 U17F)

DEMANDE DE SURCLASSEMENT U16 en U19 (Joueur né en 2008 Dans la limite de 3 U16)



Nom : ..... Prénom : ..... Saison : .....

Sexe : .....

## EXAMEN MEDICAL

### ANTÉCÉDENTS DÉCLARÉS

Médicaux et chirurgicaux : .....

Allergie(s) : .....

Date vaccination antitétanique (dernier rappel de vaccination entre 11 et 13 ans) : .....

Traitement(s) en cours : .....

### EXAMEN MORPHOSTATIQUE

Taille : .....(m/cm)

IMC = Poids / Taille <sup>2</sup>

Poids : .....(kg/g)

IMC : .....

Normal	Surpoids	Obésité modérée	Obésité sévère	Obésité morbide
18,5 à 25	25 à 30	30 à 35	35 à 40	Plus de 40

**STADE PUBERTAIRE (de 1 à 5)** ⓘ Le double surclassement n'est autorisé qu'à partir du stade 4

**S :**  1  2  3  4  5

**G :**  1  2  3  4  5

**P :**  1  2  3  4  5

### EXAMEN SOMATIQUE

**APPAREIL LOCOMOTEUR ET RACHIDIEN :** anomalie éventuelle

### APPAREIL CARDIO-RESPIRATOIRE

Électrocardiogramme (ECG)

**L'ECG est OBLIGATOIRE.** ⓘ Joindre le tracé avec son interprétation médicale (l'automatique n'est pas valable)

Examen cardio-vasculaire

Pression artérielle bras gauche : ..... Pression artérielle bras droit : .....

Auscultation respiratoire

**ACUITÉ VISUELLE** ⓘ La cécité monoculaire est incompatible avec la pratique du football (Article 44 ter des Règlements Généraux)

	Sans correction	Avec correction	Mode de correction éventuel
Œil droit			<input type="checkbox"/> lunettes
Œil gauche			<input type="checkbox"/> lentilles

### COMMENTAIRES ET RÉSERVES ÉVENTUELLES SUR L'ÉTAT DU JOUEUR / DE LA JOUEUSE

## CONCLUSION

Je soussigné(e), ..... docteur en médecine à ..... certifie avoir examiné M. / Mlle ..... et constaté qu'il / qu'elle :

ne présente pas de contre-indication médicale

présente une contre-indication médicale

à la pratique du football en catégorie seniors (pour les U17, U16 F et U17 F) et (U16 limité à 3 en U19).

Préciser le motif : .....

Date :

Signature et cachet :