



- DEMANDE DE SURCLASSEMENT U14 en U16
- DEMANDE DE SURCLASSEMENT U16 en U19/seniors



Les joueurs U16 peuvent pratiquer en équipe U19 et en équipe seniors de leur club, selon les règlements de la FFP via la commission jeunesse, s'ils satisfont à l'ensemble des examens demandés.

SECRET MEDICAL

SAISON :

Année de naissance :

Nom : Prénom :

Date de naissance : N° de licence :

Adresse :

Nom du club : N° d'affiliation :

PREAMBULE

L'examen médical de surclassement des joueurs U14 et U16, effectué de préférence par un médecin traitant ou un médecin titulaire d'un diplôme de médecine du sport, est destiné à juger de l'aptitude à pratiquer le paintball sportif en catégorie U16 (pour les U14) en catégorie U19/seniors (pour les U16) et engage la responsabilité du praticien qui le réalise.

La Commission Jeunesse 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 sont appelés à jouer contre des seniors dont le morphotype et l'engagement physique sont à en prendre en considération.

ATTENTION : Le jeune sportif sera amené :

- à porter des poids au niveau des lombaires
- subir des traumatismes (bleus) à répétitions dû à l'impact des billes
- avoir un rythme cardiaque élevé sur de multiples courtes périodes
- faire de nombreuses glissades sur les côtés et en avant
- adapter sa respiration dû au port du masque obligatoire

La Commission Jeunesse 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.

La Commission Jeunesse FFP

Dossier à adresser, sous pli confidentiel, au siège de la Fédération Française de Paintball :
30 rue du général Leclerc – 94510 LA QUEUE EN BRIE.

TOUT DOSSIER MEDICAL INCOMPLETEMENT REMPLI SERA IRRECEVABLE ET RETOURNE AUX PARENTS OU AU REPRESENTANT LEGAL DU JOUEUR.



- DEMANDE DE SURCLASSEMENT U14 en U16
- DEMANDE DE SURCLASSEMENT U16 en U19/seniors



Nom : Prénom : Saison :

DEMANDE DU CLUB

À remplir préalablement à l'examen médical

Renseignements concernant l'enfant

Nom du club de la précédente saison :	N° affiliation :
Nombre d'années de pratique :	Poste occupé :
Niveau équipe :	N° de licence :
Nom de l'association qui fait la demande :	N° affiliation :
Nom du Fédéral 1 du club :	Année d'obtention du diplôme :

Après avoir pris connaissance du préambule, je soussigné(e), président(e) ou secrétaire du club de sollicite pour le joueur cité ci-dessus l'autorisation de pratiquer le paintball sportif en catégorie supérieure (U16 pour les U14 et seniors/U19 pour les U16) sous réserve de l'application de la réglementation de la FFP. J'atteste que ce joueur est normalement assuré pour pratiquer en catégorie supérieure susmentionnée.

Date :

Signature et cachet du club :

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 cité ci-dessus, l'autorise à se soumettre à l'examen médical de surclassement des joueurs pour la pratique du paintball sportif en catégorie U16 pour les U14, en catégorie U19/seniors pour les U16 et, en cas d'aptitude, l'autorise à participer à ces compétitions.

Date :

Signature :

AVIS DE LA COMMISSION JEUNESSE

Partie strictement réservée à la Commission Jeunesse

Ayant pris connaissance du dossier de Mr et des conclusions de l'examen du Docteur

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

La Commission Jeunesse 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 U14 en U16
- DEMANDE DE SURCLASSEMENT U16 en U19/seniors



Nom : Prénom : Saison : Né le :
..... Autre(s) sport(s) pratiqué(s) :

QUESTIONNAIRE MEDICAL **CONFIDENTIEL**

À remplir par le sportif ou représentant légal pour les mineurs préalablement à l'examen médical

Avez-vous été hospitalisé ? oui* non * précisez :

Avez-vous été opéré ? 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 (coeur irrégulier) oui non

• douleur thoracique oui non

• fatigue/essoufflement inhabituel oui non

Fumez-vous ? oui*non * nombre par jour ?

Avez-vous des allergies ? oui* non * depuis quelle date ?

* 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 U14 en U16
- DEMANDE DE SURCLASSEMENT U16 en U19/seniors



Nom : Prénom : Saison :

EXAMEN MEDICAL						
ANTÉCÉDENTS DECLARÉS						
Médicaux et chirurgicaux						
Allergie(s)						
Date vaccination antitétanique		Le dernier rappel de vaccination doit dater de moins de 5 ans.				
Traitement(s) en cours						
EXAMEN MORPHOSTATIQUE						
Taille : (m/cm)		IMC :		IMC= Poids / Taille ²		
Poids : (kg/g)		Normal	Surpoids	Obésité modérée	Obésité sévère	Obésité morbide
		18,5 à 25	25 à 30	30 à 35	35 à 40	Plus de 40
Développement pubertaire normal : oui non						
EXAMEN SOMATIQUE						
APPAREIL LOCOMOTEUR ET RACHIDIEN : anomalie éventuelle						
APPAREIL CARDIO-RESPIRATOIRE						
Auscultation respiratoire						
Examen cardio-vasculaire		Pression artérielle bras gauche :		Pression artérielle bras droit :		
Électrocardiogramme (ECG)						
ACUITÉ VISUELLE						
	Sans correction	Avec correction		Mode de correction éventuel		
OEil gauche				Lunettes		
OEil droit				Lentilles		
COMMENTAIRES ET RÉSERVES ÉVENTUELLES SUR L'ÉTAT DU JOUEUR						

CONCLUSION

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

ne présente pas de contre-indication médicale à la pratique du paintball en catégorie U16 (pour les U14), U19/seniors (pour U16).

présente une contre-indication médicale à la pratique du paintball en catégorie U16 (pour les U14), U19/seniors (pour les U16).

Préciser le motif :

Date :

Signature et cachet :