

**FFHG**FÉDÉRATION FRANÇAISE
DE HOCKEY SUR GLACE

DOSSIER DE DOUBLE SUR-CLASSEMENT

Joueurs listés par la Direction Technique Nationale

Dossier complet à mailer au service des licences : a.gibier@ffhg.eu

TOUT DOSSIER INCOMPLET SERA REJETÉ

Nom : _____ Prénom _____

Date de naissance : ____/____/____ n° de licence _____

Nom du club _____

AUTORISATION PARENTALE

(pour les mineurs)

Nous soussignés,, autorisons notre enfant à évoluer durant la saison en cours en catégorie

Fait le,à

Signature du père

signature de la mère

AUTORITES DEMANDANT L'APTITUDE

Président du Club : **Bernard Emmanuel** Signature : *Bernard*

Entraîneur : **Margerit Bruno** Signature : *Margerit*

CONSIDERATIONS GENERALES

Le Médecin Fédéral de la FFHG, Dr Fabrice LECLERC, rappelle aux dirigeants et aux entraîneurs que le surclassement, la mixité, ne sont pas et ne doivent pas devenir des moyens de gestion de la ressource que constituent nos joueurs. Ils lui offrent la possibilité de jouer à un niveau supérieur, sous réserve de l'absence de contre-indication médicale.

**FFHG**FÉDÉRATION FRANÇAISE
DE HOCKEY SUR GLACE**FICHE MEDICALE de DOUBLE-SURCLASSEMENT***Se munir obligatoirement du carnet de santé pour la visite médicale)*

Nom et prénom de l'adhérent : date de naissance :

Nom du club :

1- Données morphologiques :

Poids..... Taille

*(Les valeurs doivent être équivalentes à celles de la catégorie d'âge supérieure, attention aux charges autorisées à partir de la catégorie U15).***2- Examen clinique général :***(Pulmonaire, neurologique (antécédents de commotion ?), ORL, ophtalmo...pouvant entraîner une gêne et contre indiquer la pratique à un niveau supérieur).....***3- Examen cardio-vasculaire :**

- a) Antécédents familiaux :
- b) Antécédents personnels : malaise, syncopes.....
- c) TA : Pouls :
- d) Clinique :

4- Examen locomoteur (attention aux pathologies de croissance)

- a) Rachis :
- b) Genoux (conflit fémoro-patellaire, instabilité) :
- c) Cheville (stabilité) :
- d) Autres :

5- Autres éléments d'appréciation (notamment pour le surentrainement)

- a) Autres sports pratiqués :
- b) Charges totales d'entraînement hebdomadaires :
- c) Niveau scolaire :
- d) Sommeil :
- e) Développement psychologique :
- f) Traitements en cours :

6- Examens complémentaires éventuels :

- ECG, **(Obligatoire pour le double surclassement des U18 (dernière année) – Compte rendu (suite à lecture de ECG) à joindre au dossier**

- Si nécessaire Echocardiographie, EFR, Epreuve d'effort, Radiographies...

7- Remarques :**8. Conclusion :**

Je soussigné(e), Docteurcertifie avoir examiné M/Mme

☐ Qui ne présente pas de contre-indication médicale à la pratique du hockey sur glace en DOUBLE sur- classement (catégorie sénior) * cochez la case obligatoirement pour confirmer le sur-classement

Fait à,le Cachet du médecin :