



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 à pratiquer en senior le .....  
En double surclassement ou triple surclassement 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.

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

<p>Je soussigné docteur.....</p> <p>Considère (nom) :.....</p> <p><input type="checkbox"/> Apte                      <input type="checkbox"/> Inapte</p> <p>Fait le .....à .....</p> <p>Signature et cachet:</p>	<p><b><u>PARTIE RESERVEE AU MEDECIN FEDERAL</u></b></p>
--	---