

## Formulaire de double surclassement (feuille administratif)

L'escrime est un sport d'opposition exigeant, qui expose à la confrontation avec des sportifs de gabarit et de développement parfois très différents, particulièrement lors de la pratique en compétition à un niveau supérieur à sa catégorie d'âge.

Le feuillet médical doit être rempli par un pédiatre, médecin du sport ou exerçant dans un centre médico-sportif agréé. \* A titre exceptionnel, après accord du médecin fédéral régional, dans les territoires dépourvus en médecins du sport, ce formulaire peut être renseigné par le médecin traitant.

Ce feuillet administratif devra être envoyé au Comité Régional :

- Pour autorisation du médecin fédéral régional et validation du coupon (tampon)
- Pour validation du double surclassement sur le l'extranet de la fédération et conservation (saison sportive)

**Une copie de la demande (feuille administratif) est à transmettre au club (pour info), et à la FFE (par mail à [licences@escrime-ffe.fr](mailto:licences@escrime-ffe.fr)), (à l'attention du médecin fédéral Dr Hornus - pour info)**

### Autorisation du responsable légal :

Je soussigné(e), M. Mme .....(père, mère, tuteur) autorise mon fils – ma fille .....(NOM, Prénom, Club, Catégorie) à pratiquer l'escrime en compétition avec un double surclassement.

Fait le ..... / ..... / ..... à ..... Signature :

### Avis du maître d'armes :

J'estime que le double surclassement de ..... (NOM, Prénom), licencié au club d'escrime de .....présente un intérêt sportif. Je donne un avis favorable à sa pratique de l'escrime en compétition dans la catégorie ..... arme .....

Facultatif : Ce surclassement doit être limité à ..... (nombre) compétition(s).

Fait le ..... / ..... / ..... à ..... Nom et signature du maître d'armes :

### Avis du CTS (ou du responsable de l'équipe technique régionale, quand le CR ne dispose pas de CTS) :

J'estime que le double surclassement de ..... (NOM, Prénom), licencié au club d'escrime de .....présente un intérêt sportif. Je donne un avis favorable à sa pratique de l'escrime en compétition dans la catégorie ..... arme .....

Facultatif : Ce surclassement doit être limité à ..... (nombre) compétition(s).

Fait le ..... / ..... / ..... à ..... Nom et signature du CTS ou responsable ETR :

### Avis du médecin fédéral régional : (après analyse du feuillet médical joint sous pli confidentiel)

Je soussigné(e), Dr ..... Certifie avoir pris connaissance des éléments médicaux requis pour le jeune ..... (NOM, Prénom), né le ....., et considère que ses caractéristiques de développement physique et psychologique sont compatibles avec un double surclassement en catégorie ..... arme .....

Facultatif : Ce surclassement doit être limité à ..... (nombre) compétition(s).

Fait le ..... / ..... / ..... à ..... Signature et cachet :

*Toute déclaration erronée ou fourniture de faux documents expose à des sanctions et dégage la responsabilité de la FFE. Ces examens ne sont pris en charge ni par la FFE ni par les organismes sociaux.*

## Formulaire de double surclassement feuillet médical

*(à adresser sous pli confidentiel au Comité Régional, à l'attention du médecin fédéral régional pour autorisation)*

L'escrime est un sport d'opposition explosif, qui expose à la confrontation avec des sportifs de gabarit et de développement parfois très différents, particulièrement lors de la pratique en compétition à un niveau supérieur à sa catégorie d'âge.

### Examen médical

Je soussigné : ....., docteur en médecine à ....., certifie avoir examiné le ..... / ..... / .....  
M., Melle. **(1)** (NOM - prénom) ....., né(e) le ..... / ..... / ....., et fait les constatations suivantes :

**ANTÉCÉDENTS PERSONNELS ET FAMILIAUX** (médicaux, chirurgicaux et traumatiques, cardiologiques ...) :

Poids : ..... kgs Taille : ..... cms

**Stade pubertaire** selon TANNER : .....

### EXAMEN CARDIO-VASCULAIRE :

Présence d'un souffle **(2)** :

Oui

Non

Pouls de repos : ..... / mn

TA de repos : ..... / .....

### ECG de repos (obligatoire) : joindre le tracé complet

**EXAMEN OSTEO-ARTICULAIRE :** (préciser les anomalies morphologiques et / ou fonctionnelles)

#### • Colonne - bassin **(2)**

Déséquilibre du bassin

Raccourcissement d'un membre inférieur (préciser) :

Cyphose dorsale

Hyperlordose

Scoliose

Attitude scoliotique

Autre (préciser) :

#### • Genoux :

#### • Chevilles-Pieds :

Pieds plats

Pieds creux

Port de semelles **(2)**

• **Souplesse** : Distance doigts-sol : + / - (1) ..... cm

### AUTRES DONNEES MARQUANTES DE L'EXAMEN :

### CARACTERISTIQUES PSYCHOLOGIQUES : (préciser les éléments notables) .....

**NUTRITION ET HYGIENE DE VIE :** (préciser les éléments notables : appétit, sommeil, exclusions alimentaires, tabac, prise de médicaments, ...) .....

**ANALYSE d'URINES :** Protéines : ..... Sucre : .....

Vaccinations à jour. Oui Non

*En cas d'anomalie de l'examen cardio-vasculaire ou du tracé ECG, ou d'anomalie ostéo-articulaire, des examens complémentaires peuvent être nécessaires (à l'appréciation du médecin : épreuve d'effort, échographie cardiaque, IRM, radiographie...)*

### RESULTATS DES EXAMENS COMPLEMENTAIRES EVENTUELLEMENT DEMANDES :

**CONCLUSION :** En conclusion de cet examen, j'estime que cet enfant est apte / inapte (1) à pratiquer l'escrime de compétition en catégorie .....

Lieu : ..... Date : ..... / ..... / ..... Cachet et signature :

(1) Rayer la mention inutile

(2) Cocher les réponses correctes

**ATTENTION :** si votre patient suit un traitement de fond et fait de la compétition, merci de vérifier que les produits ne font pas partie de la liste des produits dopants [www.aafd.fr](http://www.aafd.fr) et dans l'affirmative d'établir un dossier d'AUT (autorisation d'usage à des fins thérapeutiques)

*Toute déclaration erronée ou fourniture de faux documents expose à des sanctions et dégage la responsabilité de la FFE. Ces examens ne sont pris en charge ni par la FFE ni par les organismes sociaux.*