 SAISON 2022 / 2023

**DEROGATION POUR EVOLUER EN COMPETITION DANS UNE CATEGORIE JEUNE D’AGE SUPERIEURE**

**Je soussigné (e),** . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

**Président (e) du club de :** . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

**Demande la possibilité d’une dérogation pour faire évoluer :**

**Nom :** . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .. **Prénom :** . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

**Date de naissance :** . . . . **/** . . . . **/** . . . . . . . . **Sexe :** . . . . . . . . . . . . . . . .

**Licence N° : 6017**. . . . . . . . . . . . . . . **qualifié(e)** ……………………………..

**Dans l’équipe**. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . ….

**Je joins à cet imprimé le certificat médical de sur-classement.**

**A** . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . **Le** . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

**Signatures : (\*)**

**du Président ou du licencié ou des parents ou**

**de la Présidente de la licenciée du représentant légal**

**Avis et Signature du Président du Comité Départemental de Handball**

**(\*) *Rayez les mentions inutiles***

**A adresser au CD17 8 jours avant la première rencontre disputée par le joueur ou la joueuse sollicitant cette dérogation.**

Le Grand Coudret

100, rue du Dr Jean

17100 SAINTES

Tél. : 05.46.93.66.80

Email :6017000@ffhandball.net

**COMITE 17 HANDBALL**

**Le Grand Coudret**

**100 rue du Dr.Jean – 17100 SAINTES**

**Tél. : 05.46.93.66.80**

**Mail : 6017000@ffhanbdall.net**

****

**COMPTE RENDU D’EXAMEN MEDICAL**

**Cette fiche devra être remplie correctement et en totalité pour chaque partie concernée. Le nom et la signature du  médecin du sport et son tampon sont obligatoires. La date est impérative.**

|  |
| --- |
| NOM : …………………………….. Prénom : ……………………………  Date de naissance : ………………..  Sexe : Masculin □ Féminin □  Catégorie : ……………………………………………………… |

|  |
| --- |
| **EXAMEN ANTHROPOMETRIQUE**  Taille : ……..…cm Taille assis : ..........cm Envergure : …...…..cm  Poids : ……….kg Empan : (main privilégiée) …..…..cm Droitier □ Gaucher □ |

|  |
| --- |
| **EXAMEN CLINIQUE** au repos  Pression artérielle : ……………...mmHg Pouls : ……………… par min. (P1)  Remarque sur les divers appareils : …………………………………………………………  ……………………………………………………………………………………………….  Date du dernier bilan dentaire : ………………………………………..  Acuité visuelle : droit …./10 gauche …./10 correction □  **EXAMEN D’EFFORT** 30 flexions complètes en 45 secondes  Pouls après les 30 flexions, 15 sec. x 4 = P2 = …………..  Pouls 2 minutes après l’effort, 15 sec. x 4 = P3 = ……………  Indice = (P2 – 70 + 2 (P3 – P1) = ………………  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  10 |

|  |
| --- |
| Je soussigné, Docteur ………………………………………………………...certifie avoir examiné ce jour,  M., Melle, ……………………………………………appartenant au club de …………………………...............  et l’autorise à jouer dans la catégorie supérieure.  Date : ………………………….. Signature : …………………………….. Tampon : |