



SAISON 2023 / 2024

Le Grand Coudret  
100, rue du Dr Jean  
17100 SAINTES  
Tél. : 05.46.93.66.80  
Email : 6017000@ffhandball.net

## 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  
de la Présidente

du licencié ou  
de la licenciée

des parents ou  
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.**



## COMITE 17 HANDBALL

Le Grand Coudret  
100 rue du Dr.Jean – 17100 SAINTES  
Tél. : 05.46.93.66.80  
Mail : 6017000@ffhandball.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 :