



Département Médical  
 Dr Lepourcelet Talvard Christine, MFN  
 Port : 06 84 38 83 85  
 104 Rue Martre  
 92 383 Clichy Cedex  
 ☎ : 01 70 48 45 45  
 Email : [medical-ffn@wanadoo.fr](mailto:medical-ffn@wanadoo.fr)



**EXAMENS MEDICAUX DE SURCLASSEMENT WATER-POLO A REMETTRE AU MEDECIN PRATIQUANT L'EXAMEN  
 Et A RETOURNER SOUS PLI CONFIDENTIEL AU DEPARTEMENT MEDICAL DE LA FFN**

Nom :	Prénom :	Date de naissance :	Age :	Club :	Licence :		
<u>Aspect sportif</u> :	Nb d'heures d'entraînement par Jour à sec :	Dans l'eau :	Nb d'années de pratique :	Poste occupé :			
<u>Autre sport pratiqué</u> :		Nb d'heures par jour :					
Morphologie	T.A. Repos :	T.A. Couché :	T.A. Debout :				
Peau :							
Cœur :	F.C. Repos						
Poumons :	Adaptation à l'effort :						
Squelette :							
Examen Dentaire :	Puberté :	P0	P1	P2	P3	P4	P5
O.R.L. :	Poids :	Taille :	cm.				
Ophtalmologie :	Masse Grasse :						

Dates de Vaccinations :

Accord <b>Simple de surclassement</b>	<input type="checkbox"/>
Accord <b>Double de surclassement</b>	<input type="checkbox"/>

Vaccins	Dates
D.T.P	/ /20....
B.C.G.	/ /20....

Praticien : \_\_\_\_\_ Date & Signature & Cachet \_\_\_\_\_

**CONCLUSION :**

**Il est formellement interdit de faire un recto verso de ces 2 feuilles**