

**DEMANDE DE
DOUBLE SURCLASSEMENT**

**Sous la responsabilité et à la demande administrative
du Président du groupement sportif**

Je soussigné Président,
demande un double surclassement en faveur de :

NOM : Prénom :

né(e) le :

Adresse :

Groupement sportif : Licence N° :

En catégorie (cocher la case correspondante) :

Minimale Junior

Cadet (te) Senior

nécessitant, conformément aux règlements, un examen par un médecin spécialisé.

Je m'engage à veiller à ce que la partie concernant l'état civil et fédéral du joueur soit bien renseignée et m'assurer que l'autorisation parentale soit bien signée.

Fait à : le :

Caché

Signature

Autorisation des parents

Je soussigné (père, mère, tuteur)² autorise

Mr, Mlle

Né (e) le

à bénéficier d'un double surclassement en vue des compétitions officielles, départementales, régionales, nationales, ou internationales de la Fédération Ivoirienne de Football et de ses organismes, et m'engage à communiquer au médecin agréé toutes les informations sur son état de santé antérieur.

Fait à : le :

Signature

¹ Entête du groupement sportif

² Rayer les mentions inutiles

**DOSSIER MEDICAL D'ÉVALUATION
AU DOUBLE SURCLASSEMENT**

Visite spéciale de double surclassement avec présentation du carnet de santé

Je soussigné, Docteur N°ONMCI

CERTIFIE avoir pratiqué les examens obligatoires et constaté :

dans les antécédents médicaux, traumatiques et chirurgicaux :

.....
.....

• **VACCINATIONS À JOUR** : OUI NON

• **SUR LE PLAN MORPHOLOGIQUE, STATIQUE ET DYNAMIQUE** :

Taille (cm) Poids (kg) Stade pubertaire : (classification de Tanner)

Ostéochondrose :

Laxité, instabilité :

Souplesse :

• **SUR LE PLAN CARDIO-VASCULAIRE ET RESPIRATOIRE** :

Auscultation :

TA (au repos) : bras droit : bras gauche :

ECG (recommandé) :

.....

Si examens complémentaires (échographie, épreuve d'effort, spirométrie ...) joindre le compte-rendu.

• **SUR LE PLAN CLINIQUE GENERAL** : ophtalmo, neuro, endocrino ...

Examens complémentaires éventuels :

.....

.....

.....

En conclusion, considère que Mr, Mlle

Né (e) le : Groupement sportif

est : APTE INAPTE à pratiquer le football en compétition dans la catégorie demandée.

Fait à le

Cachet du médecin

Signature du médecin

**CERTIFICAT D'APTITUDE
AU DOUBLE SURCLASSEMENT**

Je soussigné (e) Docteur N° ONMCI
certifie avoir examiné Mr, Mlle
né (e) le et n'avoir constaté ce jour, aucun signe
clinique apparent contre-indiquant la pratique du football en compétition.

Après avoir procédé aux examens prévus par la réglementation en vigueur,
je certifie que Mr, Mlle
est apte / inapte⁽²⁾ à pratiquer le football en compétition dans la catégorie d'âge
doublement supérieure, sous toute réserve de modification de l'état actuel.

Ce certificat est valable pour une durée de
à compter du

Fait à , le :

Cachet du médecin

Signature du médecin

¹ Entête du cabinet médical ou de la commission médicale du groupement sportif

² Rayer les mentions inutiles