

## SURCLASSEMENT SUPÉRIEUR

Ces examens doivent permettre de déterminer si la joueuse ou le joueur présente des qualités morphologiques, physiologiques et psychologiques suffisantes pour jouer en **catégorie + 19 (pour les -17 ans 2ème année et 3ème année ayant 15 ans révolus)**.  
Le surclassement supérieur est accordé d'une manière exceptionnelle et doit prendre en compte l'intérêt individuel du sportif.

## partie 1

Mademoiselle, Monsieur,.....  
Né(e) le .....  
Adresse .....  
Club .....  
Discipline concernée par la demande : Gazon  Salle

2 **DEMANDE DU CLUB (PRÉALABLE À L'EXAMEN MÉDICAL)** - remplie par le FCL

Je soussigné(e),....., Président ou Secrétaire du club de.....sollicite pour le (la) joueur(se) ci-dessus, l'autorisation de pratiquer le Hockey en catégorie + 19 ans. J'atteste que ce(tte) joueur(se) est normalement assuré(e) pour pratiquer le Hockey en catégorie + 19 ans.

- Niveau de l'équipe première.....
- Poste occupé .....

Fait à ..... **Signature et cachet du club**

Le .....

3 **AUTORISATION D'UN REPRÉSENTANT LÉGAL (PRÉALABLE À L'EXAMEN MÉDICAL)**

Je soussigné(e) Madame, Monsieur, ..... autorise Mademoiselle, Monsieur,..... à bénéficier d'un surclassement supérieur en vue des compétitions officielles, régionales, nationales, internationales.

Fait à ..... **Signature du représentant légal**

Le .....

4 **AUTORISATION DU MÉDECIN QUALIFIÉ EN MÉDECINE DU SPORT**

Je soussigné(e) Dr ..... titulaire d'un diplôme de médecine du sport.  
Adresse ..... Téléphone .....  
N° RPPS \_\_\_\_\_ certifie avoir examiné Mademoiselle, Monsieur .....

**selon les recommandations de la F.F. Hockey :**

- examen médical et psychologique compatible avec la pratique du Hockey
- ECG standardisé de repos (obligatoire) datant du : ...../...../..... **(moins de 3 mois)** rappel des vaccinations obligatoires si le patient n'est pas à jour.
- radiographie de la charnière lombo-sacrée (conseillée)
- échocardiographie (conseillée)

**Au regard de ces examens**, Mademoiselle, Monsieur ..... est déclarée **apte au surclassement supérieur**.

Fait à ....., le..... **Signature et cachet du médecin**