

SAISON 2026/2027

QUESTIONNAIRE MEDECIN TRAITANT

SURCLASSEMENT U19 1^{ERE} ANNEE ou U17 FEMININES*

***Rayez la mention inutile**

Cher confrère, ce questionnaire est voué à accompagner la commission médicale dans sa prise de décision pour juger de la capacité de VOTRE patient à être surclassé en équipe Sénior.

L'intérêt sportif est bien entendu évident pour le joueur. Toutefois, il s'agit avant tout de préserver l'intégrité physique des jeunes joueurs.

Votre questionnaire ainsi que le certificat d'un médecin du sport seront transmis à la commission médicale pour validation définitive.

IDENTITE :

NOM : Prénom :

Date de naissance :/...../.....

ANTECEDENTS :

Familiaux :

.....

Médicaux :

.....

.....

Traumatologiques de moins d'un an ou ayant occasionné un arrêt de sport de plus de 3 semaines :

.....

.....

MORPHOLOGIE :

Poids : Taille :

Stade pubertaire :

PARCOURS SPORTIF :

Sélections Equipe de France : oui - non

Préparation dans un pôle fédéral : oui – non

AVIS :

Existe-t-il une variation de poids de plus de 2kg dans l'année en cours sans rapport avec une augmentation de taille ?

.....

Existe-t-il à votre connaissance des troubles de la statique ?

.....

Y'a-t-il eu à votre connaissance quelconque malaise ou alerte d'origine cardiaque, neurologique ou pulmonaire ?

Le patient vous semble-t-il apte physiquement à jouer en Senior ?

Si non pourquoi

.....

Le patient est-il psychologiquement apte à jouer à ce niveau ?

Si non pourquoi :

.....

En vous remerciant de votre collaboration, recevez nos plus cordiales salutations,

Dr WOELFING Audrey, médecin du sport, co-responsable de la commission médicale, Dr Patrick PRIELS, responsable de la commission médicale

Fait à Le

TAMPON

SIGNATURE