

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 -16 ans âgés de 15 ans minimum au cours de la saison sportive, quelle que soit leur date de naissance)

Le surclassement supérieur est accordé d'une manière exceptionnelle et doit prendre en compte l'intérêt individuel du sportif

1

Mademoiselle, Monsieur, Né(e) le

Adresse

Club

Discipline concernée par la demande : Gazon Salle

Demande du club (préalable à l'examen médical)

2

Je soussigné(e), Président ou Secrétaire du club de **Groupe SCO ANGERS Hockey** 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

Le

Signature et cachet du club



SCO ANGERS Hockey
Stade Paul ROBIN
1 Rue de la Lande
49000 ANGERS
Tél. 07 89 59 22 79
N° SIREN/SIRET : 477 997 589 00031

Autorisation d'un représentant légal (préalable à l'examen médical)

3

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

Fait à

Le

Signature du représentant légal

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 :

4

- 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