REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

Ministère de la Jeunesse et des Sports

Centre National de Médecine du Sport

DEMANDE DE DOUBLE SURCLASSEMENT

NOM : PRENOM :

Date de naissance :

Adresse:.....

.....

Sport pratiqué :.....

CLUB :

PREAMBULE

Le jeune athlète surclassé sera soumis à une charge d'entraînement plus importante, ainsi qu'au contact d'athlètes d'une catégorie supérieure dont le morphotype et l'engagement physique sont à prendre en considération.

DEMANDE DU CLUB

Après avoir pris connaissance du préambule, je soussigné
Président ou Secrétaire du club de sollicite pour l'athlète
ci-dessus désigné, l'autorisation de pratiquer en catégorie.....
J'atteste que cet athlète est normalement assuré pour pratiquer en cette catégorie.

Date :

Signature et cachet :

AUTORISATION DES PARENTS OU DU RESPONSABLE LEGAL

Après avoir pris connaissance du préambule, je soussigné(e),.....
Carte d'identité/Permis de conduire N° :.....délivré(e) le.....
par.....responsable légal de.....
lui donne l'autorisation de se soumettre à l'examen médical prévu pour obtenir
l'autorisation de pratiquer en catégorieet , en cas d'aptitude, l'autorise
à participer à ces compétitions.

Date :

Signature :

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE
MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS
CENTRE NATIONAL DE MEDECINE DU SPORT

Le /..../20...

Bilan biologique

Mr/Melle : Âge :ans

Prière de faire

- NFS
- Glycémie à jeun
- Cholestérol total (HDL/LDL)
- Triglycérides
- Urée/Créatininémie

Confraternellement

Ministère de la Jeunesse et des Sports
Centre National de Médecine du Sport
CONSULTATION

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE
MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS
CENTRE NATIONAL DE MEDECINE DU SPORT

Le /..../20...

Demande d'échographie cardiaque

Cher confrère,

Permettez-moi de vous adresser Mr/Mme :

Age :ans ; sport pratiqué :

Volume horaire (ou Km) d'entraînement :

Motif :

.....
.....

Confraternellement

Ministère de la Jeunesse et des Sports
Centre National de Médecine du Sport
CONSULTATION

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE
MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS
CENTRE NATIONAL DE MEDECINE DU SPORT

Le /..../20.....

Bilan radiologique dentaire

Mr/Melle : Âge :ans

Prière de faire

La Panoramique

Cachet et signature

Ministere de la Jeunesse et des Sports
Centre National de Médecine du Sport
CONSULTATION