

NUMERO FFCK

DE LA CATEGORIE CADET 2^{ème} ANNEE VERS LA CATEGORIE JUNIOR

DE LA CATEGORIE JUNIOR 2^{ème} ANNEE VERS LA CATEGORIE SENIOR

La demande de surclassement doit être faite 21 jours avant la clôture des inscriptions nominative à la compétition, auprès du service sport de la FFCK avec l'envoi du présent document à l'adresse suivante :

Fédération Française de Canoë-Kayak – Service animation sportive
87 quai de la marne – 94340 JOINVILLE LE PONT

Le certificat médical est délivré par le médecin examinateur (de préférence un Médecin compétent en médecine du sport, le médecin fédéral régional ou le Médecin Traitant), après consultation du présent questionnaire confidentiel. La liste des médecins fédéraux régionaux peut être consultée sur le site internet FFCK.

Identité du sportif ou de la sportive

Nom		Prénom		N° licence	
Date de naissance				Sexe	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> D
Adresse					
Code postal			Ville		
Tél.			E-mail		

Epreuve de compétition concernée

Activité						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Course en Ligne	Slalom	Descente	Kayak-Polo	Ocean-Racing/Va'a		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Va'a vitesse	Dragon-Boat	Freestyle	Waveski-surfing	Marathon		
Embarcation						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Canoë	Kayak	Va'a/OC	Dragon-Boat			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Monoplace	Biplace	4 places	6 places	20 places		
Sexe						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Homme	Dame	Mixte				
Distance						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
200m	500m	1000m	2000m	5000m	Sprint	Classique
Type épreuve						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Individuelle	Equipe	Championnat KAP N____	Coupe de France KAP			

Questionnaire sportif

RESULTATS DE LA SAISON PRECEDENTE

--

ENTRAINEMENT

Nombre d'heure par semaine dans la discipline	
Nombre d'heures par semaine dans d'autres activités physiques	

OBJECTIFS DU SURCLASSEMENT

--

Autorisation du responsable légal (pour les mineurs)

Je soussigné(e), M. – Mme, (père – mère – tuteur – tutrice) autorise mon fils – ma fille (NOM, Prénom) à pratiquer le canoë-kayak en compétition dans une épreuve ouverte à la catégorie d'âge immédiatement supérieure à la sienne.

Fait le20.... A Signature :

Avis du Président de club ou cadre fédéral reconnu

Je soussigné(e), M. Mme, (Président du club – entraîneur du club – CTFD – CTFR – CTSR) estime que le surclassement de (NOM, Prénom) présente un intérêt sportif. Je donne un avis favorable à sa pratique du canoë-kayak en compétition dans une épreuve ouverte à la catégorie d'âge immédiatement supérieure à la sienne.

Fait le20.... A Signature :

Signature du demandeur

Je soussigné M. Mme, certifie que les informations données dans le présent document sont exactes et complètes.

Fait le20.... A Signature :

**CERTIFICAT MEDICAL DESCRIPTIF POUR UN SURCLASSEMENT EN
CANOË-KAYAK**

DE LA CATEGORIE CADET 2^{ème} ANNEE VERS LA CATEGORIE JUNIOR

DE LA CATEGORIE JUNIOR 2^{ème} ANNEE VERS LA CATEGORIE SENIOR

Il est rappelé que la signature de ce certificat engage la responsabilité personnelle du médecin signataire qui est seul juge de la nécessité de pratiquer des examens complémentaires.

Le médecin soussigné, Docteur

certifie avoir examiné ce jour :

Nom		Prénom	
Date de naissance		Sexe	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> D

Cette personne ne présente pas de contre-indication médicale apparente actuelle au simple surclassement en canoë-kayak après :

- Un entretien
- un examen clinique (en particulier sur les plans cardiovasculaire, pulmonaire, ostéo-articulaire, ORL, cutané...)
- Electrocardiogramme de repos interprété, réalisé selon les recommandations de bonne pratique

Certificat remis en mains propres au sujet examiné ou à son représentant légal pour faire valoir ce que de droit.

Lieu	
Date	
Signature	
TAMPON MEDICAL avec Numéro RPPS ¹	

¹ Réseau Professionnel des Personnels de Santé