

NUMERO FFCK

**TRIPLE SURCLASSEMENT – CATEGORIE CADET VERS LA CATEGORIE SENIOR**

**DOUBLE SURCLASSEMENT – CATEGORIE JUNIOR 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 dossier complet et des documents médicaux demandés sous pli confidentiel 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 un médecin reconnu compétent en médecine du sport ou le médecin fédéral régional 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		

### Synthèse du dossier médical

	Case à cocher par le demandeur	Colonne réservé à la FFCK
Questionnaire sportif <i>(page 1 et 2)</i>	<input type="checkbox"/>	
Certificat médical descriptif pour un surclassement médical en canoë-kayak adéquat <i>(page 3 à 5)</i>	<input type="checkbox"/>	
Le tracé de l'électrocardiogramme de repos	<input type="checkbox"/>	

### Signature du demandeur

Je soussigné M. – Mme ....., certifie que les informations jointes dans le présent dossier sont exactes et complètes.

Fait le .....20.... A ..... Signature :

**Questionnaire sportif**

**Epreuve de compétition concernée**

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

**Pratique sportive**

**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 senior.

Fait le .....20.... 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 senior.

Fait le .....20.... A ..... Signature :

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

TRIPLE SURCLASSEMENT – CATEGORIE CADET VERS LA CATEGORIE SENIOR

DOUBLE SURCLASSEMENT – CATEGORIE JUNIOR VERS LA CATEGORIE SENIOR

(Par un Médecin compétent en médecine du sport ou le Médecin Fédéral Régional)  
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 Dr .....certifie avoir examiné ce jour la personne suivante :

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

Les examens suivants ont été pratiqués :

**Examen médical général :**

Bilan	
-------	--

**Un entretien à la recherche des antécédents :**

- Traumatiques et locomoteurs :

Bilan	
-------	--

- cardiovasculaires et des facteurs de risques :

Bilan	
-------	--

- Pulmonaires :

Bilan	
-------	--

- Infectieux et état vaccinal :

Bilan	
-------	--

- Thérapeutiques (anciens et en cours) :

Bilan	
-------	--

- Autres (cutané, ORL neurologique, ophtalmologique ...):

Bilan	
-------	--

**Un examen clinique recherchant des anomalies:**

*Ostéo-articulaire :*

- centré sur le rachis :

Bilan	
-------	--

- les ceintures scapulaires et les membres supérieurs :

Bilan	
-------	--

- Autres :

Bilan	
-------	--

*Cardiovasculaire*

Bilan	
-------	--

*ORL*

Bilan	
-------	--

*Cutané*

Bilan	
-------	--

*Ophtalmologique*

Bilan	
-------	--

*Autres*

Bilan	
-------	--

**Une recherche de signes de surentraînement :**

Bilan	
-------	--

**Electrocardiogramme de repos interprété, réalisé selon les recommandations de bonne pratique**

Interprétation	
----------------	--

**Le tracé de l'électrocardiogramme de repos doit être joint au présent dossier médical.**

**Bilan des différents examens**

À l'issue de ces examens, M. – Mme..... ne présente pas de contre-indication médicale apparente actuelle au surclassement en senior pour la pratique du canoë-kayak en compétition.

Certificat remis en mains propres au sujet examiné ou à son représentant légal, sous pli confidentiel, à adresser au médecin, président de la commission nationale médicale de la Fédération Française de Canoë-Kayak, pour validation.

Lieu	
Date	
Signature	

TAMPON MEDICAL avec Numéro RPPS <sup>1</sup>	
--	--

---

<sup>1</sup> Réseau Professionnel des Personnels de Santé