

- TRIPLE SURCLASSEMENT – CATEGORIE VETERAN GROUPE C VERS LA CATEGORIE SENIOR**
- DOUBLE SURCLASSEMENT - CATEGORIE VETERAN DU GROUPE B VERS LA CATEGORIE SENIOR**
- DOUBLE SURCLASSEMENT – CATEGORIE VETERAN DU GROUPE C VERS LA CATEGORIE VETERAN GROUPE A**

La demande de surclassement doit être faite 21 jours avant la clôture des inscriptions nominative à la compétition.

**Procédure :**

- L'originale de la demande ci-après, doit être envoyée par voie postale auprès du service animation de la FFCK à l'adresse suivante :

**A l'attention du président de la commission médicale  
Fédération Française de Canoë-Kayak et des sports de pagaie  
Route de Torcy – 77360 VAIRES SUR MARNE**

- Envoyez une copie numérique (format PDF) à l'adresse mail suivante :  
Medhi Deguil : [mdeguil@ffck.org](mailto:mdeguil@ffck.org)

Le certificat médical est délivré par le médecin examinateur (un Médecin 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		

**Pratique sportive**

**RESULTATS DE LA SAISON PRECEDENTE**

--

**ENTRAINEMENT**

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

**OBJECTIFS DU SURCLASSEMENT**

--

**Epreuve de compétition concernée**

Activité	Embarcation	Type	Genre	Type d'épreuve	
<input type="checkbox"/> Course en ligne	<input type="checkbox"/> Canoë <input type="checkbox"/> Kayak	<input type="checkbox"/> Monoplace <input type="checkbox"/> Biplace <input type="checkbox"/> 4 places	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Dame <input type="checkbox"/> Mixte	<input type="checkbox"/> 200m <input type="checkbox"/> 500m <input type="checkbox"/> 1000m	<input type="checkbox"/> 2000m <input type="checkbox"/> 5000m
<input type="checkbox"/> Slalom	<input type="checkbox"/> Canoë <input type="checkbox"/> Kayak	<input type="checkbox"/> Monoplace <input type="checkbox"/> Biplace	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Dame <input type="checkbox"/> Mixte	<input type="checkbox"/> Individuel <input type="checkbox"/> Equipe	
<input type="checkbox"/> Descente	<input type="checkbox"/> Canoë <input type="checkbox"/> Kayak	<input type="checkbox"/> Monoplace <input type="checkbox"/> Biplace	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Dame <input type="checkbox"/> Mixte	<input type="checkbox"/> Sprint <input type="checkbox"/> Classique	<input type="checkbox"/> Individuel <input type="checkbox"/> Equipe
<input type="checkbox"/> Kayak polo			<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Dame	<input type="checkbox"/> N1 <input type="checkbox"/> N2 <input type="checkbox"/> N3	<input type="checkbox"/> N4 <input type="checkbox"/> Coupe de France/ NQ
<input type="checkbox"/> Va'a		<input type="checkbox"/> OC monoplace <input type="checkbox"/> OC biplace <input type="checkbox"/> Pirogue 6 places	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Dame	<input type="checkbox"/> Sprint <input type="checkbox"/> Longue distance	
<input type="checkbox"/> Marathon	<input type="checkbox"/> Canoë <input type="checkbox"/> Kayak	<input type="checkbox"/> Monoplace <input type="checkbox"/> Biplace	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Dame <input type="checkbox"/> Mixte		
<input type="checkbox"/> Ocean-racing/Va'a	<input type="checkbox"/> OC <input type="checkbox"/> Surf-ski <input type="checkbox"/> Pirogue	<input type="checkbox"/> Monoplace <input type="checkbox"/> Biplace <input type="checkbox"/> 6 places	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Dame <input type="checkbox"/> Mixte		
<input type="checkbox"/> Dragon Boat		<input type="checkbox"/> DB 10 <input type="checkbox"/> DB 20			
<input type="checkbox"/> Freestyle	<input type="checkbox"/> Canoë <input type="checkbox"/> Kayak				
<input type="checkbox"/> Waveski-surfing					
<input type="checkbox"/> Raft					

**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 nécessitant un double – triple surclassement.

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

**Signature du demandeur**

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

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

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

- TRIPLE SURCLASSEMENT – CATEGORIE VETERAN GROUPE C VERS LA CATEGORIE SENIOR**
- DOUBLE SURCLASSEMENT - CATEGORIE VETERAN DU GROUPE B VERS LA CATEGORIE SENIOR**
- DOUBLE SURCLASSEMENT – CATEGORIE VETERAN DU GROUPE C VERS LA CATEGORIE VETERAN GROUPE A**

*(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 d'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

Les examens suivants ont été pratiqués :

**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 complet recherchant particulièrement des anomalies sur le plan:**

**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.**

**Epreuve d'effort cardiovasculaire avec profil tensionnel**



L'examen permettant la délivrance de ce certificat doit dater de moins de 3 ans.

S'il existe au moins deux facteurs de risque cardiovasculaires (tabac, dyslipidémie, diabète, HTA, antécédents cardiovasculaires familiaux avant l'âge de 55 ans) l'épreuve d'effort cardiovasculaire doit être effectuée annuellement.

Date de l'examen	
Interprétation	

**Les tracés résultants de l'épreuve d'effort doivent être joints au présent dossier médical.**

**Bilan biologique**



Le bilan biologique permettant la délivrance de ce certificat doit dater de moins de 3 ans.

**Le contenu minimum du bilan biologique est le suivant :**

- **Exploration d'anomalies lipidiques,**
- **Glycémie à jeun et créatininémie,**
- **Numération formule sanguine et des plaquettes,**
- **Temps de céphaline activée.**

Date de l'examen	
Interprétation	

**Le bilan biologique 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 ou vétéran du groupe A, 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