



- ☐ DEMANDE DE SURCLASSEMENT U17 en Senior
- ☐ DEMANDE DE SURCLASSEMENT U16 en U19
- ☐ DEMANDE DE SURCLASSEMENT U16F / U17F en Senior
- ☐ DEMANDE DE SURCLASSEMENT U16 pôle France Futsal en Senior

1

Dans les conditions de l'article 73-alinéa 2 des Règlements Généraux de la FFF et s'ils satisfont à l'ensemble des examens demandés :

- Les joueurs U16 peuvent pratiquer en Championnat National U19,
- Les joueurs U17 peuvent pratiquer en Senior, en compétitions nationales, de Ligue et de District,
- Les joueuses U17F peuvent pratiquer en Senior F, en compétitions nationales,
- Les joueuses U16F et U17F peuvent pratiquer en Senior F, en compétitions de Ligue et de District, sur décision des Comités de Direction des Ligues et dans la limite de trois joueuses U16F et de trois joueuses U17F pouvant figurer sur la feuille de match.
- Les joueurs U16 du pôle France Futsal peuvent pratiquer en Futsal Senior dans les compétitions de Ligue et de District, sur décision des Comités de Direction des Ligues et dans la limite de deux joueurs U16 pouvant figurer sur la feuille de match.

SAISON : 2026 – 2027

SECRET MEDICAL

Année de naissance :

Nom : Prénom :

Sexe :

Date de naissance : N° de licence :

Adresse :

Nom du club : N° d'affiliation :

Nom du club de la précédente saison :

PREAMBULE

L'examen médical de surclassement des joueurs et des joueuses, effectué par un médecin fédéral, ou à défaut par un médecin du sport, est destiné à juger de l'aptitude à pratiquer le football en catégorie U19 (pour les U16) en catégorie seniors (pour les U17, les U16 F et les U17 F, et les U16 du pôle France Futsal) et engage la responsabilité du praticien qui le réalise.

- La Commission Médicale Régionale attire votre attention sur l'importance de l'ensemble des examens demandés qui devront être réalisés dans ce dossier. Les critères morphostatiques, ostéoarticulaires et cardiovasculaires ont chacun un intérêt capital, car ces jeunes joueurs et joueuses sont appelé(e)s à jouer contre des seniors dont le morphotype et l'engagement physique sont à en prendre en considération.
- La Commission Médicale Régionale enregistre l'avis du médecin examinateur et valide l'autorisation de jouer. En cas d'avis médical défavorable, ou si la constitution administrative du dossier est incomplète, elle ne délivrera pas l'autorisation de surclassement.

Le Médecin Fédéral National

Les données personnelles recueillies sur l'ensemble de ce formulaire font l'objet d'un traitement informatique par la Ligue Régionale ou le District de Football aux fins de traitement des demandes de surclassement. Elles sont destinées au Médecin Régional de la Ligue ou du District de Football concerné(e). Conformément à la loi « Informatique et Libertés » et au Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 (RGPD), le demandeur bénéficie d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition aux informations qui le concernent. Le demandeur peut exercer ces droits en s'adressant à la Ligue Régionale ou au District de Football concerné(e).

Dossier à adresser, sous pli confidentiel, au siège de la ligue à l'attention de la Commission Régionale Médicale.

**TOUT DOSSIER MEDICAL INCOMPLETEMENT REMPLI SERA IRRECEVABLE ET
RETOURNE AUX PARENTS OU AU REPRESENTANT LEGAL DU JOUEUR / DE LA JOUEUSE**



- ☐ DEMANDE DE SURCLASSEMENT U17 en Senior
- ☐ DEMANDE DE SURCLASSEMENT U16 en U19
- ☐ DEMANDE DE SURCLASSEMENT U16F / U17F en Senior
- ☐ DEMANDE DE SURCLASSEMENT U16 pôle France Futsal en Senior

2

Nom : Prénom : Saison :

Sexe :

DEMANDE DU CLUB

À remplir préalablement à l'examen médical

Après avoir pris connaissance du préambule, je soussigné(e), président(e) ou secrétaire du club de sollicite pour le joueur / la joueuse cité(e) ci-dessus l'autorisation de pratiquer le football en catégorie supérieure (U19 pour les U16 et seniors pour les U17, U16 F et U17 F et les U16 du pôle France Futsal) sous réserve de l'application de la réglementation de la FFF. J'atteste que ce joueur / cette joueuse est normalement assuré(e) pour pratiquer en catégorie supérieure sus mentionnée.

Niveau équipe :

Poste occupé :

Date :

Signature et cachet :

AUTORISATION PARENTALE OU DU RESPONSABLE LEGAL

À remplir préalablement à l'examen médical

Après avoir pris connaissance du préambule, je soussigné(e), père, mère ou responsable légal du joueur / de la joueuse cité(e) ci-dessus, l'autorise à se soumettre à l'examen médical de surclassement des joueurs / joueuses pour la pratique du football en catégorie U19 pour les U16, en catégorie seniors pour les U17, U16 F et U17 F et les U16 du pôle France Futsal, et, en cas d'aptitude, l'autorise à participer à ces compétitions.

Date :

Signature :

AVIS DE LA COMMISSION REGIONALE MEDICALE

Partie strictement réservée à la CRM

Ayant pris connaissance du dossier de Mr / Melle, et des conclusions de l'examen du Docteur

☐ La Commission Régionale Médicale transmet le dossier au secrétariat de la ligue pour le surclassement demandé.

☐ La Commission Régionale Médicale décide que le dossier ne peut être validé pour raison :

☐ administrative. Motif :

☐ médicale. Motif : un courrier explicatif sera adressé à la famille.

Date :

Signature et cachet :



- ☐ DEMANDE DE SURCLASSEMENT U17 en Senior
- ☐ DEMANDE DE SURCLASSEMENT U16 en U19
- ☐ DEMANDE DE SURCLASSEMENT U16F / U17F en Senior
- ☐ DEMANDE DE SURCLASSEMENT U16 pôle France Futsal en Senior

3

Nom : Prénom : Saison :

Sexe :

Né le : Autre(s) sport(s) pratiqué(s) :

QUESTIONNAIRE MEDICAL **CONFIDENTIEL**

À remplir par le joueur / la joueuse préalablement à l'examen médical

Avez-vous été hospitalisé(e) ? ☐ oui* ☐ non * précisez :

Avez-vous été opéré(e) ? ☐ oui* ☐ non * précisez :

Avez-vous des troubles de la vue ? ☐ oui* ☐ non * portez-vous des corrections ☐ lunettes ☐ lentilles

Avez-vous connaissance dans votre famille et survenu(e) avant l'âge de 50 ans d'un(e) ?

• accident, maladie cardiaque ou vasculaire ☐ oui* ☐ non * précisez l'âge :

• mort subite (*y compris du nourrisson*) ☐ oui* ☐ non * précisez l'âge :

Avez-vous déjà ressenti pendant ou après un effort un(e) ?

• malaise/perte de connaissance ☐ oui ☐ non

• palpitations (*cœur irrégulier*) ☐ oui ☐ non

• douleur thoracique ☐ oui ☐ non

• fatigue/essoufflement inhabituel ☐ oui ☐ non

Fumez-vous ? ☐ oui* ☐ non * nombre par jour ?
depuis quelle date ?

Avez-vous des allergies ? ☐ oui* ☐ non * précisez :

Prenez-vous un traitement régulièrement ? ☐ oui* ☐ non * précisez :

Vos dents sont-elles en bon état ? ☐ oui ☐ non

Avez-vous eu des problèmes vertébraux ou ostéoarticulaires ? ☐ oui* ☐ non * précisez :

Date de vaccination contre le tétanos? **(Veuillez apporter votre carnet de vaccination)**

Je soussigné(e), M., père, mère ou représentant légal, certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.

Date :

Signature :



- ☐ DEMANDE DE SURCLASSEMENT U17 en Senior
- ☐ DEMANDE DE SURCLASSEMENT U16 en U19
- ☐ DEMANDE DE SURCLASSEMENT U16F / U17F en Senior
- ☐ DEMANDE DE SURCLASSEMENT U16 pôle France Futsal en Senior

4

Nom : Prénom : Saison :

Sexe :

EXAMEN MEDICAL**ANTÉCÉDENTS DÉCLARÉS**

Médicaux et chirurgicaux :

Allergie(s) :

Date vaccination antitétanique (dernier rappel de vaccination entre 11 et 13 ans) :

Traitement(s) en cours :

EXAMEN MORPHOSTATIQUE

Taille : (m/cm)

Poids : (kg/g)

IMC :

IMC = Poids / Taille²

Normal	Surpoids	Obésité modérée	Obésité sévère	Obésité morbide
18,5 à 25	25 à 30	30 à 35	35 à 40	Plus de 40

STADE PUBERTAIRE (de 1 à 5)**i** Le double surclassement n'est autorisé qu'à partir du stade 4**S :** ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5**G :** ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5**P :** ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5**EXAMEN SOMATIQUE****APPAREIL LOCOMOTEUR ET RACHIDIEN : anomalie éventuelle****APPAREIL CARDIO-RESPIRATOIRE**

Électrocardiogramme (ECG)

L'ECG est OBLIGATOIRE. **i** Joindre le tracé avec son interprétation médicale (l'automatique n'est pas valable)

Examen cardio-vasculaire

Pression artérielle bras gauche : Pression artérielle bras droit :

Auscultation respiratoire

ACUITÉ VISUELLE**i** La cécité monoculaire est incompatible avec la pratique du football (Article 44 ter des Règlements Généraux)

	Sans correction	Avec correction	Mode de correction éventuel
Œil droit			☐ lunettes ☐ lentilles
Œil gauche			

COMMENTAIRES ET RÉSERVES ÉVENTUELLES SUR L'ÉTAT DU JOUEUR / DE LA JOUEUSE**CONCLUSION**

Je soussigné(e), docteur en médecine à certifie avoir examiné M. / Mlle et constaté qu'il / qu'elle :

☐ ne présente pas de contre-indication médicale☐ présente une contre-indication médicale

à la pratique du football en catégorie U19 (pour les U16), seniors (pour les U17, U16 F et U17 F, et les U16 du pôle France Futsal).

Préciser le motif :

Date :

Signature et cachet :