

## QUESTIONNAIRE MEDECIN TRAITANT

### SURCLASSEMENT U19 1<sup>ERE</sup> ANNEE

Cher confrère, ce questionnaire est voué à accompagner la commission médicale dans sa prise de décision pour juger de la capacité de VOTRE patient à être surclassé en équipe Sénior.

L'intérêt sportif est bien entendu évident pour le joueur mais il ne s'agit pas de le mettre en situation de danger (les débats autour du KO d'un jeune joueur professionnel de XV de 18 ans en sont la preuve).

Ainsi, nous vous demandons de remplir en toute honnêteté ce questionnaire qui sera fourni au médecin du sport, autorisé pour ce type de surclassement. Votre questionnaire et le certificat du médecin du sport seront transmis à la commission médicale pour validation. Libre à vous de sceller ou non le questionnaire ci-joint pour que le patient le transmette à qui de droit.

#### IDENTITE :

NOM : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ...../...../.....

#### ANTECEDENTS :

Familiaux : .....

.....

Médicaux : .....

.....

.....

Traumatologiques de moins d'un an ou ayant occasionné un arrêt de sport de plus de 3 semaines :

.....

.....

#### MORPHOLOGIE :

Poids : ..... Taille : .....

Stade pubertaire : .....

#### PARCOURS SPORTIF :

Sélections Equipe de France : oui - non

Préparation dans un pôle fédéral : oui – non

**AVIS :**

Existe-t-il une variation de poids de plus de 2kg dans l'année en cours sans rapport avec une augmentation de taille ? .....

.....

Existe-t-il à votre connaissance des troubles de la statique ? .....

.....

Y'a-t-il eu à votre connaissance quelconque malaise ou alerte d'origine cardiaque, neurologique ou pulmonaire ? Le patient vous semble-t-il apte physiquement à jouer en Senior ? .....

Si non pourquoi .....

.....

Le patient est-il psychologiquement apte à jouer à ce niveau ? .....

Si non pourquoi : .....

.....

**En vous remerciant de votre collaboration, recevez nos plus cordiales salutations,**

**Dr WOELFING Audrey, médecin du sport, co-responsable de la commission médicale, Dr Jean GUILHEM, responsable de la commission médicale**

Fait à ..... Le .....

TAMPON

SIGNATURE