Certificat médical de surclassement

L’utilisation de ce formulaire est obligatoire pour toute demande de surclassement, quelle que soit la catégorie. Le certificat doit être établi par un médecin inscrit au Conseil de l’Ordre.

Seul le médecin au cours de son examen est apte à̀ décider de la nécessité́ de pratiquer des examens complémentaires tels qu’un électrocardiogramme, une épreuve d’effort, une échographie, un bilan biologique etc., en fonction des signes d’alerte et des facteurs de risque et après en avoir apprécié́ l’importance.

1. **Je déclare avoir pris connaissance et compris ces informations concernant ma santé et la pratique du squash.**

**Je sollicite une autorisation à pratiquer le squash en compétition dans ma catégorie et dans les catégories supérieures à la mienne.**

Fait le .......................... à .............................................

(Signature du joueur ou de son représentant légal, précédée de la mention « lu et approuvé »)

1. **Certificat médical**

Je soussigné(e), Docteur en Médecine, certifie avoir examiné ce jour

Nom .................................................................... Prénom ..........................................................................

né(e) le : ………./……………../………………, habitant à ……………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

et, constaté que son état ne présente pas de contre-indication à la pratique du squash dans sa catégorie, ainsi que dans les catégories supérieures à la sienne.

Fait à ........................

le ....................................................

Signature et cachet du médecin examinateur.

*Toute déclaration erronée ou fourniture de faux documents dégage la responsabilité́*

*de la Fédération Française de Squash .*

*Ces examens ne sont pris en charge ni par la FFSquash ni par les organismes sociaux.*