DEMANDE DE PREMIERE INSCRIPTION SUR UNE LISTE MINISTERIELLE « PARTENAIRE », « ESPOIR » OU DE HAUT NIVEAU

Comité régional de :
CTS coordonnateur :

Retour de la présente demande à :
Adresse :
Date limite de retour :

Les bilans médicaux doivent être adressés sous pli confidentiel à :

Docteur JP Cervetti
FFN
148, avenue Gambetta
75020 Paris

NOM :	PRENOM :
DATE DE NAISSANCE :	SEXE :

Ayant pris connaissance d'avoir réalisé les critères permettant d'être proposé(e) à l'inscription sur la liste ministérielle suivante[1] :

PARTENAIRE	ESPOIR	JEUNE	SENIOR	ELITE

Et dans la discipline suivante[2] :

NATATION COURSE	NATATION SYNCHRONISEE	WATER-POLO	PLONGEON	EAU LIBRE

Demande que mon inscription sur cette liste soit proposée au Ministère de la Jeunesse, des Sports et de la Vie Associative.

Je déclare être informé(e) des conditions médicales obligatoires préalables à une 1ère inscription et, en conséquence, certifie avoir réalisé les examens prévus par la loi[2] :

EXAMEN MEDICAL REALISE PAR UN MEDECIN DIPLOME EN MEDECINE DU SPORT	
RECHERCHE PAR BANDELETTE URINAIRE DE PROTEINURIE, GLYCOSURIE, HEMATURIE, NITRITES	
ELECTROCARDIOGRAMME DE REPOS AVEC COMPTE RENDU MEDICAL	
ECHOCARDIOGRAPHIE TRANSTHORACIQUE DE REPOS AVEC COMPTE RENDU MEDICAL	
EPREUVE D'EFFORT D'INTENSITE MAXIMALE	
EXAMEN DENTAIRE CERTIFIE PAR UN SPECIALISTE	

Je transmets les bilans médicaux résultant de ces examens au secrétariat médical fédéral[3] et reconnais que tout dossier incomplet entraînera la nullité de la présente demande.

Fait à : Date :

Signature de l'athlète ou de ses représentants légaux s'il est mineur :

[1] Rayer les mentions inutiles
[2] Cocher en face des examens réalisés au moment de la demande
[3] Sous pli confidentiel