

RAPPORT MEDICAL POUR DEMANDE DE DEROGATION
À envoyer au médecin contrôleur de l'ACFF

DEMANDEUR : NOM : Prénom :
Date de naissance :/...../.....
Date de l'examen :/...../.....

Antécédents familiaux : (en rapport avec le motif de demande de dérogation)

Père : Taille :
Autres :
.....

Mère : Taille :
Autres :
.....

Parents proches (frères et sœurs, grands-parents) :
.....

Antécédents personnels : (en rapport avec le motif de demande de dérogation)

.....
.....
.....

EXAMEN CLINIQUE (constatations en rapport avec le motif de demande de dérogation ou avec la pratique du football)

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

Résultats d'éventuels examens complémentaires :
.....
.....
.....

Traitement éventuel :
.....

Justification médicale de la demande de dérogation et avis concernant l'étiologie du motif de la demande

.....
.....
.....
.....

DATE

...../...../.....

MEDECIN

Signature

Cachet