

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

