



**DEMANDE DE PREMIERE INSCRIPTION  
SUR UNE LISTE MINISTERIELLE DE HAUT NIVEAU  
ou « ESPOIRS » ou « PARTENAIRE D'ENTRAÎNEMENT »**



**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 J.P. Cervetti  
FFN, Tour Essor 93  
14, rue Scandicci  
93508 PANTIN CEDEX**

<b>Nom :</b>	<b>Prénom :</b>
<b>Date de naissance:</b>	<b>Sexe :</b>

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

PARTENAIRE	ESPOIR	JEUNE	SENIOR	ELITE
------------	--------	-------	--------	-------

Et dans la discipline suivante <sup>2</sup> :

NATATION COURSE	NATATION SYNCHRONISEE	WATER-POLO	PLONGEON	EAU LIBRE
--------------------	--------------------------	------------	----------	-----------

Demande que mon inscription sur cette liste soit proposée au Ministère des Sports.

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

EXAMEN MEDICAL REALISE PAR UN MEDECIN DU SPORT, avec compte-rendu	
RECHERCHE PAR BANDELETTE URINAIRE DE PROTEONURIE, GLYCOSURIE, HEMATURIE, NITRITES	
ELECTROCARDIOGRAMME DE REPOS AVEC COMPTE RENDU MEDICAL	
ECHOCARDIOGRAPHIE TRANSTHORACIQUE DE REPOS AVEC COMPTE RENDU MEDICAL	
EPREUVE D'EFFORT D'INTENSITÉ MAXIMALE	
EXAMEN DENTAIRE CERTIFIE PAR UN SPECIALISTE	
IRM CERVICALE seulement pour les Plongeurs	

Je transmets les bilans médicaux résultant de ces examens au Secrétariat Médical Fédéral 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