



CLUB :

N° de MATRICULE

Le sous-classement sera accordé en cas de percentile inférieur à 5 ou exceptionnellement selon d'autres circonstances médicales

Coordonnées du membre :

Nom Prénom :

Date de naissance Nationalité

Rue N° Localité CP

E-mail parents :

GSM parents :

PARTIE RESERVEE AU MEDECIN :

Je soussigné(e), Docteur, Docteur en médecine, certifie avoir examiné aujourd'hui la personne reprise ci-dessus et avoir relevé les éléments suivants :

Poids : kg (Percentile =)

Taille : cm (Percentile =)

Mensurations reportées sur la courbe jointe.

BMI :

Autres raisons de demande de sous-classement pour raison médicale (avec rapports étayant la demande):

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

Fait le

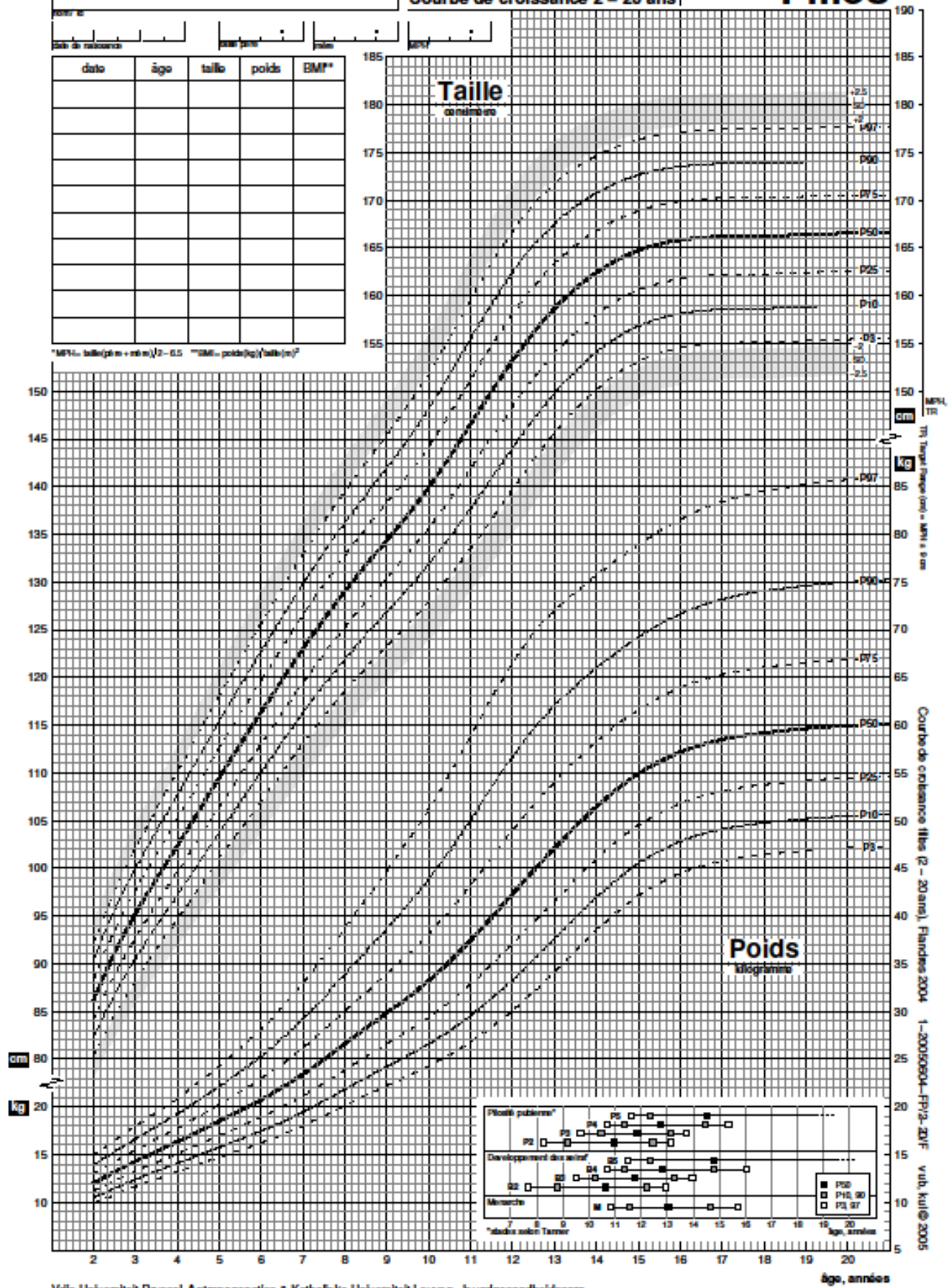
Cachet (obligatoire)

Signature du médecin (obligatoire)

nom : _____
 date de naissance : _____

date	âge	taille	poids	BMI*

*BMI = poids(kg)/taille(m)²



nom : _____

date de naissance : _____

date	âge	taille	poids	BMI*

*BMI = $\frac{\text{poids (kg)}}{(\text{taille (m)})^2}$

