



DEMANDE DE SOUS-CLASSEMENT CERTIFICAT MEDICAL UNIQUE – LBFR Saison 2018-2019

CLUB :

N° de MATRICULE

Coordonnées du membre :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Nationalité :

Rue : N°.....

Localité : Code Postal :

E-mail parents* :

GSM parents* :

PARTIE RESERVEE AU MEDECIN :

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

Poids : kg (Percentile =))

Taille : kg (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

Signature du médecin



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

Garçons

nom et

date de naissance

taille (cm)

âge

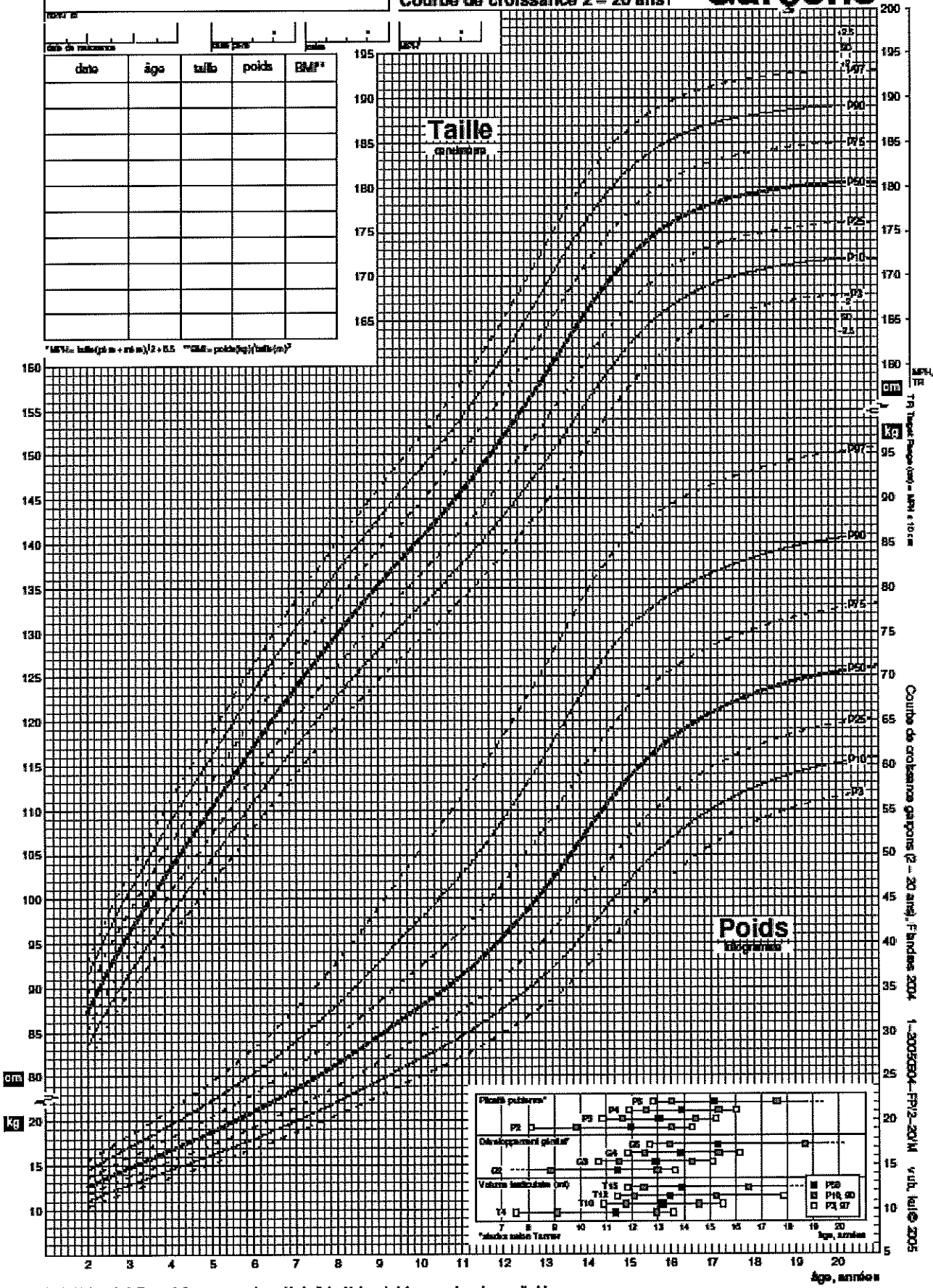
taille (cm)

poide (kg)

IMC²

date	âge	taille	poide	IMC ²

*IMC² = taille (cm) + âge (a) / 2 + 0,5 **IMC² = poide (kg) / (taille (m))²



Phasés pubertaires

Développement général

Vitesse testostérone (nmol/l)

Statut selon Tanner

Phasés pubertaires	Développement général	Vitesse testostérone (nmol/l)	Statut selon Tanner
P2	G2	T2	T2
P3	G3	T3	T3
P4	G4	T4	T4
P5	G5	T5	T5
P6	G6	T6	T6
P7	G7	T7	T7
P8	G8	T8	T8
P9	G9	T9	T9
P10	G10	T10	T10
P11	G11	T11	T11
P12	G12	T12	T12
P13	G13	T13	T13
P14	G14	T14	T14
P15	G15	T15	T15
P16	G16	T16	T16
P17	G17	T17	T17
P18	G18	T18	T18
P19	G19	T19	T19
P20	G20	T20	T20

■ P5
 ■ P10, G5
 □ P1, G1

7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

Age, années

nom et
 date de naissance
 poids à la naissance
 taille à la naissance

date	âge	taille	poids	BMI ²

* BMI = taille (cm + 1000) / poids (kg) / 10000

