



DOSSIER DE DEMANDE
EXCEPTIONNELLE DE
TRIPLE SURCLASSEMENT
MINIME

Nom.....Prénom.....

Saison 2019-2020



POURQUOI UN TRIPLE SURCLASSEMENT REGIONAL ?

Une récente évolution du nombre d'équipes engagées dans les divers championnats jeunes de la ligue PACA et du niveau de ces compétitions a amené l'équipe technique régionale à proposer une procédure permettant aux meilleurs éléments de pouvoir progresser de manière continue et efficace. Cette procédure s'adresse à des cas biens particuliers, et ne pourra pas être utilisée abusivement. Elle permettra à de jeunes joueurs et jeunes joueuses de la catégorie minime de pouvoir évoluer dans un championnat régional senior.

Ce triple surclassement concernera **la catégorie M15** ayant déjà été vus par les techniciens AU MOINS UNE SAISON (sauf cas exceptionnel) en centre régional d'entraînement et donc, connus par les personnes compétentes pour juger de son niveau.

PROCEDURE

- 1- **Remplir les pages 3 à 6 (ATTENTION TOUT DOSSIER INCOMPLET SERA REFUSE).**
- 2- **L'adresser impérativement à la Ligue PACA de Volley-Ball (contact@liguepaca-volley.fr) à l'attention de Laurent LAVAL qui après consultation des entraîneurs responsables du Centre Régional d'Entraînement validera ou non le dossier.**
- 3- **Une fois l'avis technique validé**, le jeune sera invité à être examiné par **le médecin de la Ligue PACA de Volley-Ball, Docteur Michel GAILLAUD**, Hôpital Privé Cannes Oxford, 33 Bd d'Oxford à Cannes (tél.: 04 93 06 75 93) ou Docteur **Mathieu DUMONT**, Pôle Medisport, 38 av. de Lattre de Tassigny, 13099 Aix en Provence (tél.: 04 42 64 21 01) avec les examens demandés, afin de faire valider sa fiche médical C triple surclassement régional (**pages 8 et 9**).
Tous les frais liés aux examens demandés sur la fiche C ne seront pas pris en charge par la LRPVB.

Examens à passer pour la fiche médicale C :

- Electrocardiogramme (datant de moins de 2 ans)
- Echocardiographie
- Radiographie du rachis si besoin (recommandée)

- 4- Suite à la validation du médecin de la LRPVB, la Ligue délivrera une licence avec la mention triple surclassement à présenter obligatoirement à chaque rencontre. Le(la) joueur(se) ne pourra pas évoluer dans le championnat régional sénior tant que la validation du triple surclassement régional ne sera pas indiquée sur sa licence.
- 5- La fiche C est valable jusqu'au 31 janvier de la saison en cours, une nouvelle visite chez le médecin de la Ligue doit être effectuée pour que le triple surclassement soit valide du 1^{er} février au 30 juin. Les examens médicaux ne seront pas à refournir mais la validation du médecin sera nécessaire ainsi que l'établissement d'une fiche médicale A. Si aucun changement particulier n'est observé, la Ligue conservera le document avec le reste du dossier.

RENSEIGNEMENTS GENERAUX

LE CLUB

Nom du club :

Nom / Prénom du Président :

L'ENTRAINEUR

Nom :Prénom :

Date de naissance :/...../..... N° de Licence : |_|_|_|_|_|_|_|_|

Adresse :

.....
.....

N° de téléphone :

Adresse mail :

Diplômes dans le volley-ball :

.....

QUELLES SONT LES MOTIVATIONS DE L'ENTRAINEUR POUR INTEGRER CE JOUEUR / CETTE JOUEUSE
DANS SON EQUIPE SENIOR ?

RENSEIGNEMENTS SUR LE JEUNE

LE JOUEUR / LA JOUEUSE

Nom : Prénom :

Date de naissance :/...../..... N° de Licence : |_|_|_|_|_|_|_|_|

Adresse :

.....
.....

N° de téléphone :

Adresse mail :

Niveau d'études actuel:

PARCOURS SPORTIF

Le joueur / la joueuse a déjà participé à des stages :

- Départementaux (CDE): OUI – NON ⁽¹⁾ SAISON(S) :
- Régionaux (CRE): OUI – NON ⁽¹⁾ SAISON(S) :
- Nationaux (DTN) : OUI – NON ⁽¹⁾ SAISON(S) :

Le joueur / la joueuse a déjà participé à des compétitions :

- Mini-Volleyades : OUI – NON ⁽¹⁾ SAISON(S) :
- Volleyades: OUI – NON ⁽¹⁾ SAISON(S) :
- Finales de zone : OUI – NON ⁽¹⁾ SAISON(S) :
- Phases Finales de coupe de France jeune: OUI – NON ⁽¹⁾ CATEGORIE(S) :
.....

(1) Rayer la mention inutile

ORGANISATION SCOLAIRE

Le joueur / la joueuse a-t-il (elle) redoublé une classe ? OUI – NON ⁽¹⁾

Le joueur / la joueuse a-t-il (elle) des difficultés à s'organiser dans son travail ? OUI – NON ⁽¹⁾

Le joueur / la joueuse saura-t-il (elle) s'organiser cette saison en jouant en senior ? OUI – NON ⁽¹⁾

(1) Rayer la mention inutile

ACCORD DES PARENTS

Je soussigné, Monsieur/ Madame ⁽¹⁾

Père / mère / tuteur légal ⁽¹⁾ de (nom / prénom).....

avoir été prévenu, par le club, du programme et de la compétition dans laquelle s'engage mon enfant.

Je suis conscient que cela peut entraîner des modifications dans son organisation scolaire et certifie qu'il saura s'organiser pour que cela n'entraîne aucune conséquence néfaste sur son parcours scolaire.

Signature des parents ou du responsable légal

LE SUIVI

Le suivi médical sera assuré par le médecin de la LRPVB. Ce dernier pourra déléguer le suivi au Docteur en médecine du sport habitué à suivre le joueur ou la joueuse concerné. En tous les cas, seul le médecin de la LRPVB sera en mesure de valider ou non le triple surclassement en début de saison.

Le suivi technique sera assuré par l'ETR. Un membre de l'ETR devra assister à au moins un match du joueur ou de la joueuse concerné au cours de la saison.

L'entraîneur de l'équipe senior devra envoyer un mail courant du mois de janvier et en fin de saison comportant un bilan technique de la saison en cours, le nombre de matchs inscrit sur la feuille de match et le nombre matchs où le joueur ou la joueuse est rentré(e) en jeu.

Le suivi scolaire devra être assuré par l'entraîneur en étroite collaboration avec les parents.

LES CLAUSES

Le triple surclassement pourra être annulé si une des clauses suivantes n'est pas respectée :

- Respecter la procédure de suivi médical.
- Le jeune s'engage à participer à tous les stages du CRE où il sera sélectionné. Ils sont prioritaires sur les matchs seniors.
- Le jeune ne pourra participer à plus de 2 matchs dans une période de 36 h (les tours de Coupe de France jeune comptant pour 1 match).

Fait à Le/...../.....

Signature du Président du club :	Signature de l'entraîneur du club :	Signature du parent ou responsable légal :	Signature du joueur ou de la joueuse :



PARTIE RESERVEE A LA LIGUE PACA DE VOLLEY-BALL

Avis de la commission technique

AVIS DE LA LIGUE (*entourer la mention valable*)

FAVORABLE – DEFAVORABLE

Pour le jeune :

Nom :

Prénom :

En cas d'avis défavorable, inscrire les motivations :

A..... LE/...../.....



**PARTIE A FAIRE REMPLIR PAR LE MEDECIN DE LA LIGUE APRES AVIS
FAVORABLE DE LA COMMISSION TECHNIQUE**

Avis de la commission médicale

LE MEDECIN ETANT SOUMIS AU SECRET MEDICAL, LES ELEMENTS MEDICAUX DU DOSSIER NE SONT PAS DIFFUSABLES. LE MEDECIN DE LA LIGUE RESTE A LA DISPOSITION DE LA FAMILLE POUR ARGUMENTER SA DECISION.

AVIS DU MEDECIN DE LA LIGUE (entourer la mention valable)

FAVORABLE - DEFAVORABLE

Je soussigné, Docteur....., certifie avoir examiné le (la) licencié(e) :

(nom)..... (prénom).....

et certifie que son état ne présente pas de contre-indication à l'autorisation du triple surclassement.
Je m'engage à revoir la joueuse au mois de janvier, à la mi- saison, pour l'établissement d'une fiche médicale A et permettre ainsi le suivi de la procédure.

A..... LE/...../.....

SIGNATURE DU MEDECIN

CERTIFICAT MEDICAL - FICHE C TRIPLE SURCLASSEMENT

Pour un joueur ou une joueuse de catégorie « Minimes » souhaitant jouer en Senior.-

A utiliser seulement, lorsqu'une dérogation exceptionnelle a été accordée.

Je soussigné(e),.....Docteur en médecine du sport certifie avoir examiné :

NOM.....

PRENOM.....

Né(e) le :.....

Numéro de licence : \ \ \ \ \ \ \ \ \

Nom du Club :.....

et certifie que son état ne présente pas de contre-indication à la pratique du Volley-Ball en compétition avec un Triple surclassement Régional.

Je soussigné(e),..... Docteur en médecine du sport m'engage à suivre spécifiquement et régulièrement ce joueur ou cette joueuse tout au long de l'année et à la revoir en milieu de saison (janvier) pour établir un nouveau certificat médical de type A.

Date de l'Electrocardiogramme :.....

Date de l'Echocardiographie :.....

Date des Radiographies :

Fait à, Le.....

Signature et cachet du médecin examinateur :

Avis du Médecin Régional pour le triple surclassement régional : FAVORABLE / DEFAVORABLE
(rayer la mention inutile)

Certificat Médical valable jusqu'au 31 janvier 2020. Un second certificat médical devra être établi dans l'année sportive, avant la date indiquée et sera remis à l'intéressé(e) :

Fait à, le.....

Le présent certificat est remis en mains propres à l'intéressé (e) ou son tuteur légal, lequel a été informé (e) des risques en cas de fausse déclaration. Lors de l'interrogatoire, pour faire valoir ce que de droit. Pensez à signaler à votre médecin que vous pratiquez du sport en compétition et que tout traitement prescrit peut être inscrit sur la liste des produits et dispositifs interdits de l'A.F.L.D. (Agence Française du Lutte contre le Dopage www.afld.fr) et nécessiter une demande d'A.U.T. (Autorisation d'Usage à des fins Thérapeutiques).