



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)**

Courbe de croissance 2 - 20 ans

# Filles

nom : \_\_\_\_\_

date de naissance : \_\_\_\_\_

âge : \_\_\_\_\_

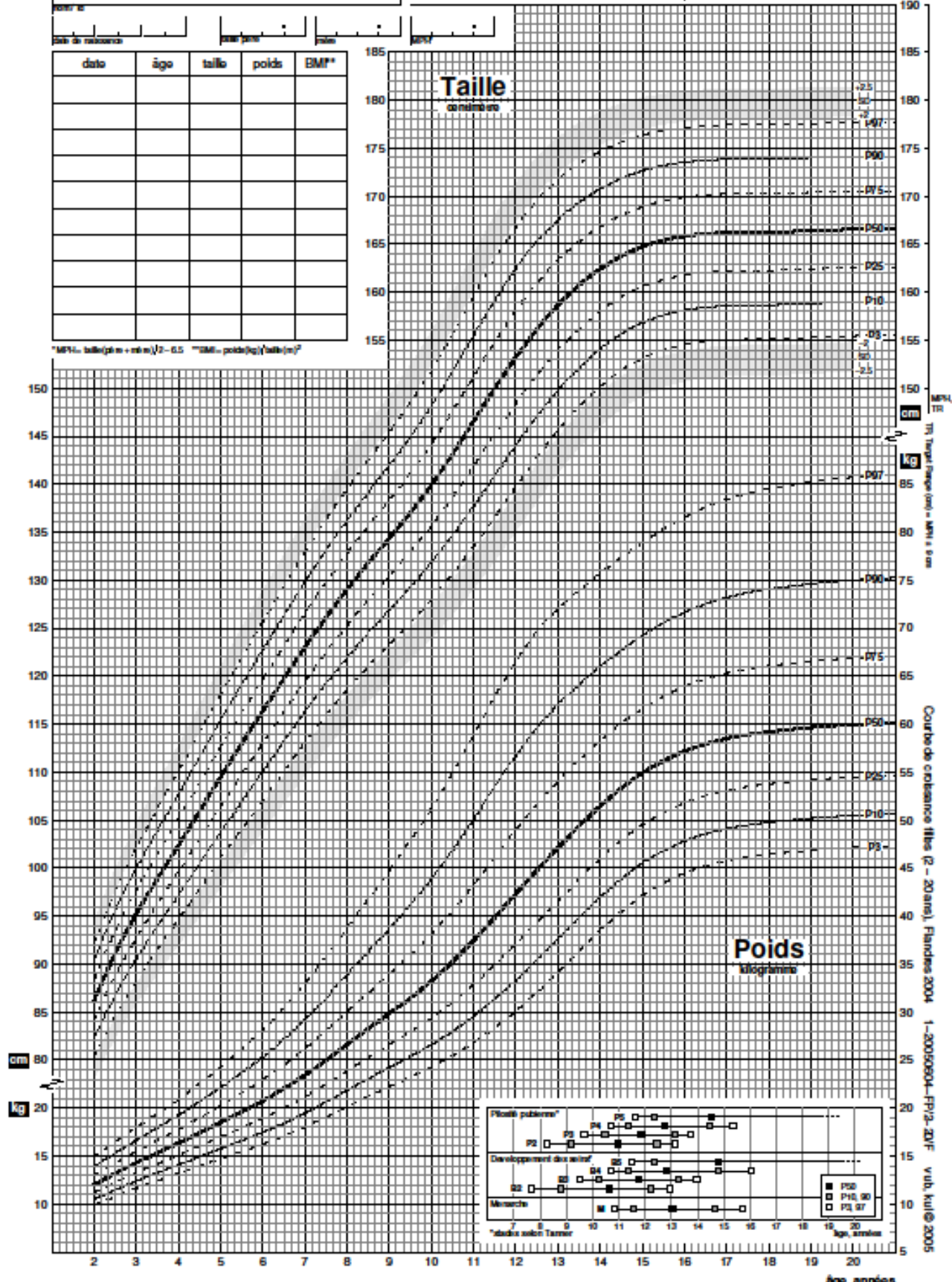
taille : \_\_\_\_\_

poids : \_\_\_\_\_

BMI\* : \_\_\_\_\_

date	âge	taille	poids	BMI*

\*BMI = taille(cm) \* taille(cm) / poids(kg)



# Garçons

