

## Certificat d'aptitude au Surclassement - Régional ou National

- ➔ Demande établie sous la responsabilité et à la demande administrative du ou de la Président(e) du groupement sportif.
- ➔ Examen réalisé par un médecin agréé ou/et par le médecin régional.
- ➔ Acte de prévention – hors nomenclature – non remboursable.
- ➔ L'avis du ou de la Président(e), des parents et de l'entraîneur doivent impérativement être remplis avant de consulter le médecin agréé.

Je soussigné ..... Président(e)  
demande un surclassement en faveur de :

NOM : ..... Prénom : ..... né(e) le : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Groupement sportif : ..... Licence N° : .....

En catégorie (cocher la case correspondante) :

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> U11 (M/F) ➔ U13 (M/F) Région            | <input type="checkbox"/> U15 (F) ➔ U18 (F) France                             |
| <input type="checkbox"/> U12/U13 (M/F) ➔ U15 (M/F) Région        | <input type="checkbox"/> U15 (F) ➔ U20 (F) Région                             |
| <input type="checkbox"/> U14 (M) ➔ U17 (M) Département ou Région | <input type="checkbox"/> U16 (F) ➔ Senior (F) Département ou Région ou France |
| <input type="checkbox"/> U14 (F) ➔ U18 (F) Région                | <input type="checkbox"/> U18 (F) ➔ Senior (F) Région ou France                |
| <input type="checkbox"/> U15 (M/F) ➔ U17M/U18F Région            | <input type="checkbox"/> U17 (M) ➔ Senior (M) Région ou France                |

Nécessitant, conformément aux règlements de la FFBB, un examen par un **médecin agréé et/ou le médecin régional**.  
Je m'engage à veiller à ce que le recto (partie administrative concernant l'état civil et fédéral du joueur) soit bien renseigné et m'assurer que l'autorisation parentale soit bien signée.

Signature

NB : Aucun surclassement de U13 (M ou F) en U15 France, de U14 M et U15 M en U18 M France, de U15 en senior, de U16 M en senior, ne peut être obtenu sauf cas exceptionnel examiné par la FFBB (DTN et Commission Fédérale Médicale). Imprimé spécifique (jaune)

### Autorisation des parents :

Je soussigné(e)..... (père, mère, tuteur \*)\*\* autorise la pratique du basketball dans sa catégorie d'âge et/ou en surclassement dans les compétitions départementales, régionales ou nationales de la FFBB et de ses organismes et m'engage à communiquer au médecin agréé toutes les informations sur l'état de santé antérieur de :

NOM : .....

Prénom : .....

Né(e) le : .....

A : .....

Le : .....

Signature

NB : Peut également tenir lieu de certificat de non contre-indication à la pratique du basketball en compétition.

\* Rayer les mentions inutiles

\*\*Conformément à la loi « informatique et liberté » du 6/01/78 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations vous concernant que vous pouvez exercer directement auprès du médecin compétent.

(à découper et à remettre au Comité Départemental de l'intéressé(e))

Saison sportive : .....

NOM : .....

Prénom : .....

N° licence : .....

Né(e) le : .....

Groupement sportif .....

Surclassement en (cocher la case correspondante) :

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> U13 (M/F) Région    | <input type="checkbox"/> U18 (M/F) France            |
| <input type="checkbox"/> U15 (M/F) Région    | <input type="checkbox"/> U20 (F) Région              |
| <input type="checkbox"/> U17 (M) Département | <input type="checkbox"/> Senior (F) Région ou France |
| <input type="checkbox"/> U17M/U18F Région    | <input type="checkbox"/> Senior (M) Région ou France |

\*Rayer le niveau non concerné

## Avis motivé de l'entraîneur

Je soussigné(e) : NOM : \_\_\_\_\_ , Prénom : \_\_\_\_\_

Diplôme\* : Initiateur  
DEFB

Entraîneurs « Jeunes »  
DEPB

CQPTSBB

(\*Rayer les mentions inutiles)

Demande le surclassement du (de la) jeune joueur (euse) nommé(e) au verso pour les raisons suivantes :

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Fait à, \_\_\_\_\_ , le \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Signature de l'entraîneur :

## Avis de la Commission Médicale Régionale

Accepté     Ajourné     Refusé

Date de la réunion : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Noms et signatures des membres de la Commission :

.....

### **PARTIE A DETACHER – RESERVEE AU MEDECIN REGIONAL (à remettre au Comité Départemental)**

En accord avec le Médecin agréé et la Commission Médicale Régionale, j'autorise le (la) jeune joueur(euse) dont les nom, prénom et date de naissance figurent au verso à pratiquer dans la catégorie d'âge suivante :

- U13 Région
- U15 Région
- U17 Département
- U17M/U18F Région
- U18 France
- U20 Région
- Senior fille département
- Senior fille Région
- Senior fille France
- Senior Garçon Région
- Senior Garçon France

**Date :** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

**Cachet et signature du Médecin Régional :**



**Document confidentiel lié au secret médical**

**Visite spéciale niveau régional ou national de surclassement  
avec présentation du carnet de santé**

Je soussigné, Docteur \_\_\_\_\_ Médecin agréé N° : \_\_\_\_\_

**CERTIFIE** avoir examiné le/ la licencié (e) candidat au surclassement et constaté :

Antécédents médicaux, traumatiques et chirurgicaux : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

• **VACCINATIONS À JOUR** : OUI  NON

• **SUR LE PLAN MORPHOLOGIQUE, STATIQUE ET DYNAMIQUE** :

Taille (cm) \_\_\_\_\_ Poids (kg) \_\_\_\_\_ Stade Pubertaire : \_\_\_\_\_

Ostéochondrose : \_\_\_\_\_

Laxité, instabilité : \_\_\_\_\_

Souplesse : \_\_\_\_\_

• **SUR LE PLAN CARDIO-VASCULAIRE ET RESPIRATOIRE** :

Antécédents familiaux de maladie cardiovasculaire ou mort subite : oui  non

Auscultation : \_\_\_\_\_

TA (au repos) : \_\_\_\_\_ Pouls : \_\_\_\_\_ **ECG de repos obligatoire (joindre le tracé)** : \_\_\_\_\_

Si examens complémentaires (échographie, épreuve d'effort, spirométrie ...) joindre le compte-rendu.

• **SUR LE PLAN CLINIQUE GENERAL** : ophtalmo, neuro, endocrino ...

Examens complémentaires éventuels :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

En conclusion, considère que Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Né(e) le : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ Groupement sportif \_\_\_\_\_

est :  APTE\*  INAPTE\* **à pratiquer le basket en compétition dans la catégorie demandée.**

Date : .....

Cachet du médecin agréé :

Signature :

\* (cocher la case correspondante)