



**FFBB**

## Certificat d'aptitude pour surclassement exceptionnel

→ Examen réalisé par ou sous la responsabilité du Médecin Régional

→ Demande établie en conformité avec la grille des surclassements présentée dans l'annuaire fédéral.

Délivré à :

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

Adresse : .....

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

Groupement sportif : .....Licence N°: .....Année de la 1° licence .....

### Surclassement souhaité :

- |   |   |              |
|---|---|--------------|
| <input type="checkbox"/> U12/U13 (M ou F) | à | U15 (M ou F) |
| <input type="checkbox"/> U14 (M ou F)     | à | U18 (M ou F) |
| <input type="checkbox"/> U15 (M)          | à | U18 (M)      |
| <input type="checkbox"/> U15 (F)          | à | Senior (F)   |
| <input type="checkbox"/> U16 (M)          | à | Senior (M)   |

### Autorisation des parents :

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

NOM : .....

A : .....

Signature :

Prénom : .....

le : .....

Né (e) le : .....

### Avis du Club :

Nom/ Prénom du Président :

Signature et Tampon

Favorable

Défavorable

*\*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.*

Partie à détacher et à remettre au Comité départemental de l'intéressé (e)



**FFBB**

Saison sportive : .....

NOM : .....

Prénom : .....

Né (e) le : .....

Groupement sportif : .....

Licence N° : .....

Surclassement en catégorie :

U15 (M ou F)

U18 (M ou F)

Senior (M ou F)

## Visite médicale

(Se munir du carnet de santé et/ou du carnet de suivi médical FFBB)

### Examens médicaux obligatoires

Taille (cm) : ..... Poids (kg) : ..... IMC : .....

Antécédent médico sportifs : .....

Evolution pubertaire normale : oui  non

Pouls :

Auscultation cardiaque :

TA :

Appareil locomoteur :

Neurologie :

Antécédent familial de mort subite ou Maladie

Cardiovasculaire :

Oui

Non

Abdomen :

Endocrinien :

Ophthalmo : sans correction / avec correction

OD OD

OG OG

Périmètre thoracique (cm) expir. : .....

inspir. : .....

**ECG de repos (joindre le tracé) :**

Biologie : sang :

urines :

Empan (cm) : .....

ORL :

Stomato :

Autres :

### CONCLUSIONS

#### A- Avis Médical

Je soussigné Dr .....

N° agrément FFBB : \_ \_ \_ \_ \_

certifie avoir pratiqué l'examen précité et  
déclare :

NOM : ..... Prénom : .....

apte à pratiquer le basketball en compétition  
dans sa catégorie d'âge et en surclassement

en catégorie :

U15

U18

Senior

Date :

Signature :

Cachet professionnel :

#### B-Avis du Directeur Technique National

Date

Signature

#### C-Décision du Médecin Fédéral

Surclassement :

Oui

Non

Date :

Signature :

Cachet Médecin Fédéral :

#### PARTIE A REMPLIR PAR LE MEDECIN REGIONAL S'IL N'EST PAS LE MEDECIN EXAMINATEUR :

Autorise le surclassement : oui

non

Cachet professionnel :

NOM : ..... Prénom : .....

Peut pratiquer le basketball en compétition :

-dans sa catégorie

-en surclassement dans la catégorie :

U15

U18

Senior

Date :

Cachet officiel du médecin fédéral

Signature :

