



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 :

- | | |
|--------------------------|-----------------|
| <input type="checkbox"/> | U15 (M ou F) |
| <input type="checkbox"/> | U18 (M ou F) |
| <input type="checkbox"/> | 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 :

Abdomen :

Oui

Non

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 :

