



FFBB

Ligue Régionale :

Comité Départemental :

CERTIFICAT D'APTITUDE AU SURCLASSEMENT DEPARTEMENTAL, REGIONAL OU NATIONAL

- ➔ Dossier à adresser, sous pli confidentiel, au siège de la Ligue Régionale à l'attention de la COMED.
- ➔ 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(e) NOM :Prénom :, Président(e), demande un surclassement en faveur de :

NOM : Prénom : Né(e) le : Sexe :

Adresse :

Code postal : Ville :

Groupement sportif : N° informatique:

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 ou France |
| <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"/> U17 (F) ➔ Senior (F) Région ou France |
| <input type="checkbox"/> U15 (M/F) ➔ U17 (M) / U18 (F) 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 présent document (partie administrative concernant l'état civil et fédéral du ou de la licencié(e)) 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/F et U15 M en U17/U18 M et U18F France, de U15 F 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 et/ou au médecin régional toutes les informations sur l'état de santé antérieur de :

NOM :

Prénom :

Né(e) le :

A :

Le :

Signature :

* Rayer les mentions inutiles

Les données à caractère personnel recueillies sur le formulaire peuvent faire l'objet d'un traitement informatique auprès du médecin compétent aux fins de traitement des demandes de surclassement. Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 06/01/1978 modifiée, et au Règlement (UE) 2016/679 RGPD, le demandeur bénéficie d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition aux informations qui le concernent. Le demandeur peut exercer ces droits en s'adressant au médecin compétent ou à la Commission Régionale Médicale.

Avis motivé de l'entraîneur

Je soussigné(e) NOM :, Prénom :

Diplôme* : Initiateur
DEFB

P1 du CQPTSBB
DEPB

CQPTSBB

**Rayer les mentions inutiles*

Demande le surclassement du ou de la licencié(e) nommé(e) sur la première page 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 :



En accord avec le médecin agréé et la Commission Médicale Régionale, j'autorise le ou la licencié(e) :

NOM : Prénom : Né(e) le :

du Groupement Sportif : Licence N° :

à pratiquer dans la catégorie d'âge suivante pour la saison sportive

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

Date :

Cachet et signature du Médecin Régional :



DOCUMENT CONFIDENTIEL LIE AU SECRET MEDICAL

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

Je soussigné, Docteur Médecin agréé FFBB 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.**

* *cocher la case correspondante*

Date :

Cachet du médecin agréé FFBB :

Signature :