

## 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.

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 basketteur(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)

**SURCLASSEMENTS PAR CATEGORIE  
SAISON 2018 / 2019**

Age au  
01/01/2019

SENIORS	1998 ET AVANT		COMPETITION TERRITORIALE OU INTER-TERRITORIALE	COMPETITION REGIONALE ou INTER-REGIONALE	COMPETITION NATIONALE
U20	1999	OUI	AUTOMATIQUE	AUTOMATIQUE	AUTOMATIQUE
U19	2000	OUI	AUTOMATIQUE	AUTOMATIQUE	AUTOMATIQUE
U18	2001	OUI	Médecin de famille	Médecin de famille	Médecin de famille
U17	2002	OUI	<u>Vers U20</u> : Médecin de famille <u>Vers Senior</u> : Médecin de famille	<u>Vers U20</u> : Médecin de famille <u>Vers Senior</u> : Médecin agréé	<u>Vers U20</u> : Médecin de famille <u>Vers Senior</u> : Médecin agréé
U16 Masculin	2003	OUI	<u>Vers U20</u> : Médecin de famille <u>Vers Senior</u> : Impossible	<u>Vers U20</u> : Médecin de famille <u>Vers Senior</u> : Impossible	<u>Vers U20</u> : Médecin de famille <u>Vers Senior</u> : Médecin fédéral + avis DTN
U16 Féminin	2003	OUI	<u>Vers U20</u> : Médecin de famille <u>Vers Senior</u> : Médecin agréé	<u>Vers U20</u> : Médecin de famille <u>Vers Senior</u> : Médecin agréé	<u>Vers U20</u> : Médecin de famille <u>Vers Senior</u> : Médecin Régional
U15 Masculin	2004	OUI	Médecin de famille	Médecin agréé	Médecin fédéral + avis DTN
U15 Féminin	2004	OUI	<u>Vers U18 à U20</u> : Médecin de famille	<u>Vers U18 à U20</u> : Médecin agréé	<u>Vers U18 à U20</u> : Médecin agréé <u>Vers Senior</u> : Médecin fédéral + avis DTN
U14 Masculin	2005	OUI	<u>Vers U17</u> : Médecin agréé	<u>Vers U17</u> : Médecin agréé	<u>Vers U17/U18</u> : Médecin fédéral + avis DTN
U14 Féminin	2005	OUI	<u>Vers U18</u> : Médecin de famille	<u>Vers U18</u> : Médecin agréé	<u>Vers U18</u> : Médecin fédéral + avis DTN
U13	2006	OUI	<u>Vers U15</u> : Médecin de famille	<u>Vers U15</u> : Médecin agréé	<u>Vers U15</u> : Médecin fédéral + avis DTN
U12	2007	OUI	<u>Vers U15</u> : Médecin de famille	<u>Vers U15</u> : Médecin agréé	Impossible
U11	2008	OUI	<u>Vers U13</u> : Médecin de famille	<u>Vers U13</u> : Médecin agréé	Impossible
U10	2009	NON	Impossible	Impossible	Impossible
U9	2010	OUI	<u>Vers U11</u> : Médecin de famille	Impossible	Impossible
U8	2011	NON	Impossible	Impossible	Impossible
U7	2012	OUI	<u>Vers U9</u> : Possible par médecin de famille	Impossible	Impossible