

## 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.
- ➔ Acte de prévention – hors nomenclature – non remboursable.

**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 régional** toutes informations sur l'état de santé de l'enfant :

NOM : ..... A : ..... Signature :  
 Prénom : ..... Le : .....  
 Né(e) le : .....

**Avis du Club :**

Nom/ Prénom du ou de la Président(e) :	Signature et Tampon
Favorable <input type="checkbox"/>	
Défavorable <input type="checkbox"/>	

*\*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)

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 : ..... Antécédents médico sportifs : .....

Evolution pubertaire normale : oui  non

Antécédent familial de mort subite ou Maladie Cardiovasculaire :

Oui  Non

Empan (cm) :  
Envergure (cm) :  
ORL :  
Stomato :

Auscultation cardiaque :  
Pouls : TA :  
Appareil locomoteur :  
Neurologie :

Abdomen :

Endocrinien :  
Ophtalmo : sans correction / avec correction  
OD OD  
OG OG  
Périmètre thoracique (cm) expir. : .....  
inspir. : .....

**ECG de repos (joindre le tracé) :**

Biologie : sang :  
urines :  
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 :

