



Ligue Régionale :

Comité Départemental :

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 : N° informatique:

Licence N° : Année de la 1^{ère} licence

Surclassement souhaité :

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

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 nationales de la FFBB et m'engage à communiquer au **médecin régional** toutes informations sur l'état de santé de :

NOM : A : **Signature :**

Prénom : Le :

Né(e) le :

* *Rayer les mentions inutiles*

Avis du Club :

Je soussigné(e) NOM : Prénom :, Président(e),
donne un avis :

Favorable Défavorable

Cachet et signature :

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.

Visite médicale

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

EXAMENS MEDICAUX OBLIGATOIRES

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

Antécédents médico sportifs :

Evolution pubertaire normale : oui non

Auscultation cardiaque :

Pouls : TA :

Appareil locomoteur :

Neurologie :

Antécédent familial de mort subite ou Maladie
Cardiovasculaire :

Abdomen :

Oui Non

Endocrinien :

Ophtalmo : sans correction / avec correction

OD OD

OG OG

Périmètre thoracique (cm) expir. :

inspir. :

ECG de repos (joindre le tracé) :

Biologie : sang :

urines :

Empan (cm) :

Envergure (cm) :

ORL :

Stomato :

Autres

CONCLUSIONS

A- Avis Médical

Je soussigné Dr

Médecin agréé FFBB N° :

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 :

Cachet professionnel et signature :

B-Avis du Directeur Technique National

Surclassement :

- Oui
 Non

Date :

Signature :

C-Décision du Médecin Fédéral

Surclassement :

- Oui
 Non

Date :

Cachet et signature :

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

Autorise le surclassement :

- Oui
 Non

Cachet professionnel et signature :

PARTIE A DETACHER ET A REMETTRE AU COMITE DEPARTEMENTAL

NOM : Prénom : Né(e) le :

du Groupement Sportif : Licence N° :

peut pratiquer le basketball en compétition pour la saison sportive..... :

en surclassement dans la catégorie : U15 France U18 France Senior France

Date :

Cachet et signature du Médecin Fédéral :