



COMMISSION FEDERALE MEDICALE

Certificat d'aptitude pour surclassement exceptionnel

Ligue :
Comité départemental :

DEMANDE ETABLIE EN CONFORMITE AVEC LA GRILLE DES SURCLASSEMENTS PRESENTEE DANS L'ANNUAIRE FEDERAL

Délivré à :

NOM : Prénom :né(e) le :sexe :
Adresse :
Code postal :Ville.....
Groupement sportif :Licence N° : Année de la 1° licence

Surclassement souhaité examen réalisé par ou sous la responsabilité du médecin régional

- Benjamin à Minimes (M & F)
Minime à Cadet / Cadette
Minime (M & F) à Senior (M & F)
Cadet à Senior

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 PRESIDENT DU CLUB

Favorable [] Défavorable []

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 :
Minime
Cadet/Cadette
Senior

Visite médicale réalisée par ou sous la responsabilité du médecin régional

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

Examens médicaux obligatoires

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

Evolution pubertaire normale : oui non

Antécédent familial de mort subite ou Maladie Cardiovasculaire :
oui non

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

Antécédent médico sportifs :

Auscultation cardiaque :
Appareil locomoteur :
Neurologie :

Abdomen :
Endocrinien :
Ophtalmo : sans correction / avec correction
OD OD
OG OG

Périmètre thoracique (cm) expir. :
inspir. :

ECG de repos et d'effort :
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 :

Minime
 Cadet
 Senior

Date :
Signature :
Cachet professionnel :

B-Avis du Directeur Technique National

Date
Signature

C-Décision du Médecin Fédéral

Surclassement :
 oui
 non

Minime
 Cadet
 Senior

Date :
Signature :
Cachet Médecin Fédéral :

PARITIE 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 : Minime Cadet Senior

Date :

Cachet officiel du médecin fédéral

Signature :

