

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 par le médecin régional**

- | | | |
|---|---|-----------------|
| <input type="checkbox"/> Benjamin | à | Minimes (M & F) |
| <input type="checkbox"/> Minime | à | Cadet / Cadette |
| <input type="checkbox"/> Minime (M & F) | à | Senior (M & F) |
| <input type="checkbox"/> 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 :



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"/> | Minime |
| <input type="checkbox"/> | Cadet/Cadette |
| <input type="checkbox"/> | 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) :

Antécédent médico sportifs :

Antécédent familial de mort subite :

oui non

Auscultation cardiaque :

Appareil locomoteur :

Neurologie :

Abdomen :

Endocrinien :

Ophthalmo : sans correction / avec correction

OD OD

OG OG

Périmètre thoracique (cm) expir. :

inspir. :

Envergure (cm) :

Empan (cm) :

ORL :

Stomato :

ECG de repos et d'effort :

Biologie : sang :

urines :

Autres :

CONCLUSIONS

A- Avis Médical

Je soussigné Dr
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

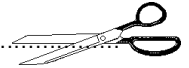
Cadet

Senior

Date :

Signature :

Cachet Médecin Fédéral :



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 :