



**COMMISSION FEDERALE MEDICALE**

**Certificat d'aptitude pour surclassement exceptionnel**

Ligue : .....

Comité départemental : .....

Réservé aux Benjamins 94 (garçons et filles), Minimes 92 (garçons et filles),  
Minimes 93 (garçons et filles), Cadets 91

Délivré à :

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

**Surclassement souhaité**  **examen par le médecin régional**

- |  |   |                 |
|--|---|-----------------|
| <input type="checkbox"/> Benjamin 94       | à | Minimes (M & F) |
| <input type="checkbox"/> Minime 92-93      | à | Cadet / Cadette |
| <input type="checkbox"/> Minime (M & F) 92 | à | Senior (M & F)  |
| <input type="checkbox"/> Cadet 91          | 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 par le médecin régional

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

### Examens médicaux obligatoires

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

Test de Rufier-Dickson

P1 : TA1

P2 : TA2

P3 : TA3

Indice :

-cv (type d'appareil utilisé) :

-vaccinations

Envergure (cm) : .....

Empan (cm) : .....

ORL :

Stomato :

Antécédent médico sportifs : .....

Auscultation cardiaque :

Appareil locomoteur :

Neurologie :

Abdomen :

Endocrinien :

Ophthalmologie : 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 du Médecin régional

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

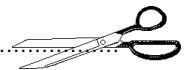
Cadet

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 :