



Certificat d'aptitude au Surclassement Régional ou National

(à établir par un médecin agréé ou/et par le Médecin régional)

Sous la responsabilité et à la demande administrative du Président du groupement sportif

Je soussigné Président
demande un surclassement en faveur de :

NOM : Prénom : né(e) le :

Adresse :

Code postal : Ville :

Groupement sportif : Licence N° :

En catégorie (cocher la case correspondante) :

- | | | | | | |
|--|---|-----------------------|---------------------------------------|---|------------------------|
| <input type="checkbox"/> Poussin (e) 2 | ➔ | Benjamin(e) Région | <input type="checkbox"/> Minime fille | ➔ | Cadette Région-France |
| <input type="checkbox"/> Benjamin (e) | ➔ | Minime Région | <input type="checkbox"/> Cadette 1 | ➔ | Sénior Dépt. ou Région |
| <input type="checkbox"/> Minime garçon | ➔ | Cadet Dépt. ou Région | <input type="checkbox"/> Cadette 1 | ➔ | <u>Senior France</u> |
| | | | <input type="checkbox"/> Cadet(te) | ➔ | Senior Région-France |

nécessitant, conformément aux règlements de la FFBB, un examen par un **médecin agréé et/ou le médecin régional**.
Je m'engage à veiller à ce que le recto (partie administrative concernant l'état civil et fédéral du joueur) soit bien renseigné et m'assurer que l'autorisation parentale soit bien signée.

A : le : Signature :

NB : *Aucun surclassement de benjamin 2 (M & F) en minime France, de minime 1 & 2 (M & F) en cadet(te) France, de minime 2 (M & F) en senior, de cadet 1 garçon en senior, ne peut être obtenu sauf cas exceptionnel examiné par la FFBB (DTN et Commission Fédérale Médicale). Imprimé spécifique (jaune)*

----- 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 départementales, régionales ou nationales de la FFBB et de ses organismes et m'engage à communiquer au médecin agréé toutes les informations sur l'état de santé antérieur de :

Nom : Signature :

Prénom : A :

né(e) le : Le :

NB : *Peut également tenir lieu de certificat de non contre-indication à la pratique du basketball en compétition.*

* *Rayer les mentions inutiles*



(à découper et à remettre au Comité départemental de l'intéressé(e))

Saison sportive :

Surclassement en (cocher la case correspondante) :

- | | | |
|--------------------------|---|---|
| NOM : | <input type="checkbox"/> Benjamin(e) | <input type="checkbox"/> Senior fille département |
| Prénom : | <input type="checkbox"/> Minime régional | <input type="checkbox"/> Senior fille régional |
| N° licence : | <input type="checkbox"/> Cadet départ. | <input type="checkbox"/> Senior fille France |
| Né (e) le : | <input type="checkbox"/> Cadet(te) régional | <input type="checkbox"/> Senior garçon |
| Groupement sportif | | <input type="checkbox"/> Cadette France |



**Visite spéciale niveau régional ou national de surclassement
avec présentation du carnet de santé**

Je soussigné, Docteur Médecin agréé N° :

CERTIFIE avoir pratiqué les **examens obligatoires** et constaté :

dans les antécédents médicaux, traumatiques et chirurgicaux :

.....
.....

• **VACCINATIONS À JOUR** : OUI NON

• **SUR LE PLAN MORPHOLOGIQUE, STATIQUE ET DYNAMIQUE** :

Taille (cm) Poids (kg) Stade pubertaire :

Ostéochondrose :

Laxité, instabilité :

Souplesse :

• **SUR LE PLAN CARDIO-VASCULAIRE ET RESPIRATOIRE** :

Auscultation :

TA (au repos) : ECG (recommandé) :

Test de RUFFIER-DICKSON : P0 = P1 = P2 = TA (après le R.D.) :

L'indice = $\{(P1 - 70) + 2 \times (P2 - P0)\} / 10 =$

Si examens complémentaires (échographie, épreuve d'effort, spirométrie ...) joindre le compte-rendu.

• **SUR LE PLAN CLINIQUE GENERAL** : ophtalmo, neuro, endocrino ...

Examens complémentaires éventuels :

.....
.....
.....

En conclusion, considère que M Prénom.....

Né (e) le : Groupement sportif

est : APTE* INAPTE* **à pratiquer le basket en compétition dans la catégorie demandée.**

Date :

Cachet du médecin signature :

* (cocher la case correspondante)

J'autorise le jeune basketteur (euse) dont les : nom, prénom et date de naissance figurent au verso, à pratiquer dans la catégorie suivante :

Date :

Cachet du médecin signature :

