



FEDERATION  
FRANCAISE DE  
BASKETBALL

Ligue : .....  
Comité Départemental : .....

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



FEDERATION  
FRANCAISE DE  
BASKETBALL

**Document confidentiel lié au secret médical**

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

Je soussigné, Docteur ..... Médecin agréé N° : .....

**CERTIFIE** avoir examiné le/ la licencié (e) candidat au surclassement et constaté :

Antécédents médicaux, traumatiques et chirurgicaux : .....  
.....  
.....

• **VACCINATIONS À JOUR** : OUI  NON

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

Taille (cm) ..... Poids (kg) ..... Evolution pubertaire normal :  oui  non.....  
Ostéocondrose : .....  
Laxité, instabilité : .....  
Souplesse : .....

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

• Antécédents familiaux de maladie cardiovasculaire : oui  non   
• Auscultation : .....  
TA (au repos) : ..... **ECG de repos obligatoire** : .....  
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 agréé	signature :
-------------------------	-------------

\* ( cocher la case correspondante)

**PARTIE A DETACHER - RESERVEE AU MEDECIN REGIONAL (à remettre au Comité Départemental)**

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 régional	signature :
----------------------------	-------------