

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

- | | | |
|---|---|-----------------|
| <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) :IMC :

Evolution pubertaire normal : oui non

Antécédent familial de mort subite :
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 :

