

## Certificat d'aptitude au Surclassement - Régional ou National

- ➔ Demande établie sous la responsabilité et à la demande administrative du ou de la Président(e) du groupement sportif.
- ➔ Examen réalisé par un médecin agréé ou/et par le médecin régional.
- ➔ Acte de prévention – hors nomenclature – non remboursable.
- ➔ L'avis du ou de la Président(e), des parents et de l'entraîneur doivent **impérativement** être remplis avant de consulter le médecin agréé.

Je soussigné ..... Président(e)  
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"/> U11 (M/F) ➔ U13 (M/F) Région            | <input type="checkbox"/> U15 (F) ➔ U18 (F) France                             |
| <input type="checkbox"/> U12/U13 (M/F) ➔ U15 (M/F) Région        | <input type="checkbox"/> U15 (F) ➔ U20 (F) Région                             |
| <input type="checkbox"/> U14 (M) ➔ U17 (M) Département ou Région | <input type="checkbox"/> U16 (F) ➔ Senior (F) Département ou Région ou France |
| <input type="checkbox"/> U14 (F) ➔ U18 (F) Région                | <input type="checkbox"/> U18 (F) ➔ Senior (F) Région ou France                |
| <input type="checkbox"/> U15 (M/F) ➔ U17M/U18F Région            | <input type="checkbox"/> U17 (M) ➔ Senior (M) Région ou 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.

Signature

NB : Aucun surclassement de U13 (M ou F) en U15 France, de U14 M et U15 M en U18 M France, de U15 en senior, de U16 M 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(e)..... (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 : .....

Prénom : .....

Né(e) le : .....

A : .....

Le : .....

Signature

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

\* Rayer les mentions inutiles

\*\*Conformément à la loi « informatique et liberté » du 6/01/78 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations vous concernant que vous pouvez exercer directement auprès du médecin compétent.

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

Saison sportive : .....

NOM : .....

Prénom : .....

N° licence : .....

Né(e) le : .....

Groupement sportif .....

Surclassement en (cocher la case correspondante) :

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> U13 (M/F) Région    | <input type="checkbox"/> U18 (M/F) France            |
| <input type="checkbox"/> U15 (M/F) Région    | <input type="checkbox"/> U20 (F) Région              |
| <input type="checkbox"/> U17 (M) Département | <input type="checkbox"/> Senior (F) Région ou France |
| <input type="checkbox"/> U17M/U18F Région    | <input type="checkbox"/> Senior (M) Région ou France |

\*Rayer le niveau non concerné





**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) \_\_\_\_\_ Stade Pubertaire : \_\_\_\_\_

Ostéochondrose : \_\_\_\_\_

Laxité, instabilité : \_\_\_\_\_

Souplesse : \_\_\_\_\_

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

Antécédents familiaux de maladie cardiovasculaire ou mort subite : oui  non

Auscultation : \_\_\_\_\_

TA (au repos) : \_\_\_\_\_ Pouls : \_\_\_\_\_ **ECG de repos obligatoire (joindre le tracé)** : \_\_\_\_\_

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 Nom \_\_\_\_\_ 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)