



Certificat d'aptitude au Surclassement Régional ou National

Je soussigné _____, Président
demande un surclassement en faveur de :

NOM : _____ Prénom _____ né(e) le : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Groupelement sportif : _____ Licence n° : _____

En catégorie (cocher la case correspondante) :

- | | | | |
|--------------------------------------|----------------------------|--------------------------------------|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> U11 | → U13 Région | <input type="checkbox"/> U14 & U15 | → U17 Région |
| <input type="checkbox"/> U12 & U13 | → U15 Région/ Inter Region | <input type="checkbox"/> U16 féminin | → Senior Dépt ou Région |
| <input type="checkbox"/> U14 | → U17 Dépt ou Région | <input type="checkbox"/> U16 féminin | → <u>Senior France</u> |
| <input type="checkbox"/> U15 Féminin | → U20 Région ou France | <input type="checkbox"/> U17 | → 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 la présente page de ce document (partie administrative concernant l'état civil et fédéral du joueur) soit bien renseignée et m'assurer que l'autorisation parentale soit bien signée.

A : _____, le : _____ Signature :

NB : *Aucun surclassement de U13 (M & F) en minime France, de U14 & U15 (M & F) en U17 France, de U15 (M & F) en senior, de U16 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 basket ball 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 basket ball en compétition.*

* Rayer les mentions inutiles



DEMANDE DE SURCLASSEMENT

Saison sportive : _____

NOM : _____

Prénom : _____

N° licence : _____

Né(e) le : _____

Groupelement sportif : _____

Surclassement en (cocher la case correspondante) :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> U13 Région | <input type="checkbox"/> Senior fille départ. |
| <input type="checkbox"/> U15 Région/Inter | <input type="checkbox"/> Senior fille régional |
| <input type="checkbox"/> U17 département | <input type="checkbox"/> Senior fille France |
| <input type="checkbox"/> U17 régional | <input type="checkbox"/> Senior garçon Région |
| <input type="checkbox"/> U17 France | <input type="checkbox"/> Senior garçon France |
| <input type="checkbox"/> U20 Région | <input type="checkbox"/> U20 France |



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

Je soussigné, Docteur _____ Médecin agréé FFBB N° : _____
CERTIFIE avoir examiné le/la licencié(e) candidat(e) au surclassement et constaté :

ANTECEDENTS MEDICAUX, TRAUMATIQUES ET CHIRURGICAUX :

• VACCINATIONS A JOUR OUI NON

• SUR LE PLAN MORPHOLOGIQUE, STATIQUE ET DYNAMIQUE :

Taille (en cm) : _____ Poids (en kg) : _____ Stade pubertaire : _____

Ostéochondrose : _____

Laxité, instabilité : _____

Souplesse : _____

• SUR LE PLAN CARDIO-VASCULAIRE ET RESPIRATOIRE :

Auscultation : _____

TA (au repos) : _____ ECG de repos obligatoire : _____

Si examens complémentaires échographie, épreuve d'effort, spirométrie ...), joindre le compte-rendu et le tracé de l'ECG.

Antécédent familial de mort subite : OUI NON

• SUR LE PLAN CLINIQUE GENERAL : OPHTALMO, NEURO, ENDOCRINO...

Examens complémentaires éventuels :

En conclusion, je considère que M _____, Prénom : _____

Né(e) le : ___ / ___ / _____, adhérent(e) du Groupement sportif : _____

est APTE* INAPTE* à pratiquer le basket ball dans la catégorie d'âge demandée.

Date : ___ / ___ / _____
Cachet et signature du médecin agréé :



**TABLEAU DES
SURCLASSEMENTS POSSIBLES
ÂGE AU 01/01/2018**