



## 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**