



Ligue Régionale : .....

Comité Départemental : .....

## CERTIFICAT D'APTITUDE POUR SURCLASSEMENT EXCEPTIONNEL

- Examen réalisé par ou sous la responsabilité du Médecin Régional.
- Demande établie en conformité avec la grille des surclassements présentée dans l'annuaire fédéral.
- Acte de prévention – hors nomenclature – non remboursable.

### Délivré à :

NOM : ..... Prénom : ..... Né(e) le : ..... Sexe : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Groupement sportif : ..... N° informatique: .....

Licence N° : ..... Année de la 1<sup>ère</sup> licence .....

### Surclassement souhaité :

- |                                       |   |              |
|---------------------------------------|---|--------------|
| <input type="checkbox"/> U13 (M ou F) | → | U15 (M ou F) |
| <input type="checkbox"/> U14 (M ou F) | → | U18 (M ou F) |
| <input type="checkbox"/> U15 (M)      | → | U18 (M)      |
| <input type="checkbox"/> U15 (F)      | → | Senior (F)   |
| <input type="checkbox"/> U16 (M)      | → | Senior (M)   |

### 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 nationales de la FFBB et m'engage à communiquer au **médecin régional** toutes informations sur l'état de santé de :

NOM : ..... A : ..... **Signature :**

Prénom : ..... Le : .....

Né(e) le : .....

\* *Rayer les mentions inutiles*

### Avis du Club :

Je soussigné(e) NOM : ..... Prénom : ....., Président(e),  
donne un avis :

Favorable  Défavorable

**Cachet et signature :**

*Les données à caractère personnel recueillies sur le formulaire peuvent faire l'objet d'un traitement informatique auprès du médecin compétent aux fins de traitement des demandes de surclassement. Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 06/01/1978 modifiée, et au Règlement (UE) 2016/679 RGPD, le demandeur bénéficie d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition aux informations qui le concernent. Le demandeur peut exercer ces droits en s'adressant au médecin compétent ou à la Commission Régionale Médicale.*

## Visite médicale

(Se munir du carnet de santé et/ou du carnet de suivi médical FFBB)

### EXAMENS MEDICAUX OBLIGATOIRES

Taille (cm) : ..... Poids (kg) : ..... IMC : .....

Antécédents médico sportifs : .....

Evolution pubertaire normale : oui  non

Auscultation cardiaque :

Pouls : ..... TA : .....

Appareil locomoteur :

Neurologie :

Antécédent familial de mort subite ou Maladie  
Cardiovasculaire :

Abdomen :

Oui  Non

Endocrinien :

Ophtalmo : sans correction / avec correction

OD OD

OG OG

Périmètre thoracique (cm) expir. : .....

inspir. : .....

**ECG de repos (joindre le tracé) :**

Biologie : sang :

urines :

Empan (cm) :

Envergure (cm) :

ORL :

Stomato :

Autres

### CONCLUSIONS

#### A- Avis Médical

Je soussigné Dr .....

Médecin agréé FFBB N° : .....

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 :

- U15  
 U18  
 Senior

Date : .....

**Cachet professionnel et signature :**

#### B-Avis du Directeur Technique National

Surclassement :

- Oui  
 Non

Date : .....

**Signature :**

#### C-Décision du Médecin Fédéral

Surclassement :

- Oui  
 Non

Date : .....

**Cachet et signature :**

### PARTIE A REMPLIR PAR LE MEDECIN REGIONAL S'IL N'EST PAS LE MEDECIN EXAMINATEUR :

Autorise le surclassement :

- Oui  
 Non

**Cachet professionnel et signature :**

### PARTIE A DETACHER ET A REMETTRE AU COMITE DEPARTEMENTAL

NOM : ..... Prénom : ..... Né(e) le : .....

du Groupement Sportif : ..... Licence N° : .....

peut pratiquer le basketball en compétition pour la saison sportive..... :

en surclassement dans la catégorie :  U15 France  U18 France  Senior France

Date : .....

**Cachet et signature du Médecin Fédéral :**