



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° : _____

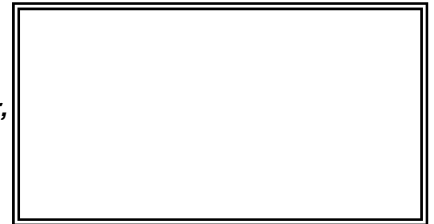
En catégorie (cocher la case correspondante) :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Poussin(e) 2 → Benjamin(e) Région | <input type="checkbox"/> Minime fille → Cadette Région-France |
| <input type="checkbox"/> Benjamin(e) → Minime Région | <input type="checkbox"/> Cadette 1 → Senior Dépt ou Région |
| <input type="checkbox"/> Minime garçon → Cadet Dépt ou Région | <input type="checkbox"/> Cadette 1 → <u>Senior France</u> |
| | <input type="checkbox"/> Cadet(te) → 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 Benjamin 2 (M & F) en minime France, de minime 1 & 2 (M & F) en cadet(te) France, de minime 2 (M & F) en senior, de cadet 1 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 :

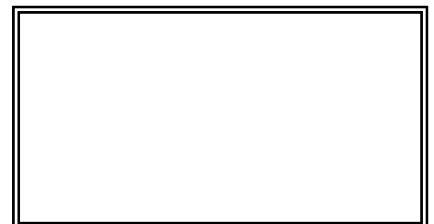
Prénom : _____ A : _____

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"/> Benjamin(e) | <input type="checkbox"/> Senior fille départ. |
| <input type="checkbox"/> Minime Région | <input type="checkbox"/> Senior fille régional |
| <input type="checkbox"/> Cadet département | <input type="checkbox"/> Senior fille France |
| <input type="checkbox"/> Cadet(te) régional | <input type="checkbox"/> Senior garçon |
| | <input type="checkbox"/> Cadette 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.

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 :

* (cocher la case correspondante)

ANNEXE

TABLEAU DES SURCLASSEMENTS POSSIBLES

ÂGE AU 01/01/2011

Garçons					Filles				
		Niveau	Médecin				Niveau	Médecin	
6 ans et moins Baby Basketteur / 7 ans Mini Poussin 1 / 9 ans Poussin 1									
⊖		NON			⊖		NON		
8 ans Mini Poussin 2									
😊	Vers Poussins	OUI	Département	Médecin de famille	😊	Vers Poussines	OUI	Département	Médecin de famille
10 ans Poussin 2									
😊	Vers Benjamins	OUI	Département	Médecin de famille	😊	Vers Benjamins	OUI	Département	Médecin de famille
😊	Vers Benjamins	OUI	Région	Méd. agréé	😊	Vers Benjamins	OUI	Région	Méd. agréé
11 ans Benjamin 1									
😊	Vers Minimes	OUI	Département	Médecin de famille	😊	Vers Minimes	OUI	Département	Médecin de famille
😊	Vers Minimes	OUI	Région	Méd. agréé	😊	Vers Minimes	OUI	Région	Méd. agréé
12 ans Benjamin 2									
😊	Vers Minimes	OUI	Département	Médecin de famille	😊	Vers Minimes	OUI	Département	Médecin de famille
😊	Vers Minimes	OUI	Région	Méd. agréé	😊	Vers Minimes	OUI	Région	Méd. agréé
😊	Vers Minimes	OUI	France	Méd. Fédéral + avis DTN	😊	Vers Minimes	OUI	France	Méd. Fédéral + avis DTN
13 ans Minime 1									
😊	Vers Cadets	OUI	Département	Méd. agréé	😊	Vers Cadettes	OUI	Département	Médecin de famille
😊	Vers Cadets	OUI	Région	Méd. agréé	😊	Vers Cadettes	OUI	Région	Méd. agréé
😊	Vers Cadets	OUI	France	Méd. Fédéral + avis DTN	😊	Vers Cadettes	OUI	France	Méd. fédéral + avis DTN
14 ans Minime 2									
⊖		NON			😊	Vers Seniors	OUI	France	Méd. Fédéral + avis DTN
😊	Vers Cadets	OUI	Département	Médecin de famille	😊	Vers Cadettes	OUI	Département	Médecin de famille
😊	Vers Cadets	OUI	Région	Méd. agréé	😊	Vers Cadettes	OUI	Région	Méd. agréé
😊	Vers Cadets	OUI	France	Méd. Fédéral + avis DTN	😊	Vers Cadettes	OUI	France	Méd. Agréé
15 ans Cadet 1									
⊖	Vers Seniors	NON	Département		😊	Vers Seniors	OUI	Département	Méd. agréé
⊖	Vers Seniors	NON	Région		😊	Vers Seniors	OUI	Région	Méd. agréé
😊	Vers Seniors	OUI	France	Méd. Fédéral + avis DTN	😊	Vers Seniors	OUI	France	Méd. Fédéral + avis DTN
16 ans Cadet 2									
😊	Vers Seniors	OUI	Département	Médecin de famille	😊	Vers Seniors	OUI	Département	Médecin de famille
😊	Vers Seniors	OUI	Région	Méd. Agréé	😊	Vers Seniors	OUI	Région	Méd. agréé
😊	Vers Seniors	OUI	France	Méd. Agréé	😊	Vers Seniors	OUI	France	Méd. Agréé
17 ans Cadet 3									
😊	Vers Seniors	OUI	Tous Niveaux	Médecin de famille	😊	Vers Seniors	OUI	Tous Niveaux	Médecin de famille