



Saison 2009/2010

## COMMISSION FEDERALE MEDICALE

### Certificat d'aptitude pour surclassement exceptionnel

Ligue : .....  
Comité départemental : .....

#### DEMANDE ETABLIE EN CONFORMITE AVEC LA GRILLE DES SURCLASSEMENTS PRESENTEE DANS L'ANNUAIRE FEDERAL

Délivré à :

NOM : ..... Prénom : ..... né( e) le : ..... sexe : .....  
Adresse : .....  
Code postal : ..... Ville .....  
Groupement sportif : ..... Licence N°: ..... Année de la 1° licence .....

Surclassement souhaité examen réalisé par ou sous la responsabilité du médecin régional

- |   |   |                 |
|---|---|-----------------|
| <input type="checkbox"/> Benjamin       | à | Minimes (M & F) |
| <input type="checkbox"/> Minime         | à | Cadet / Cadette |
| <input type="checkbox"/> Minime (M & F) | à | Senior (M & F)  |
| <input type="checkbox"/> Cadet          | à | Senior          |

Autorisation des parents :

Je soussigné ..... (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 REGIONAL toutes informations sur l'état de santé de l'enfant :

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



Partie à détacher et à remettre au Comité départemental de l'intéressé (e)

Saison sportive : .....  
NOM : .....  
Prénom : .....  
Né (e) le : .....  
Groupement sportif : .....  
Licence N° : .....

Surclassement en catégorie :  
 Minime  
 Cadet/Cadette  
 Senior

# Visite médicale réalisée par ou sous la responsabilité du médecin régional

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

## Examens médicaux obligatoires

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

Evolution pubertaire normal : oui  non

Antécédent familial de mort subite :  
oui  non

Envergure (cm) : .....  
Empan (cm) : .....  
ORL : .....  
Stomato : .....

Antécédent médico sportifs : .....

Auscultation cardiaque :

Appareil locomoteur :

Neurologie :

Abdomen :

Endocrinien :

Ophthlmo : sans correction / avec correction

OD OD

OG OG

Périmètre thoracique (cm)

expir. : .....

inspir. : .....

ECG de repos et d'effort :

Biologie : sang :

urines :

Autres :

## CONCLUSIONS

### A- Avis Médical

Je soussigné Dr .....

N° agrément FFBB : .....

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 :

Minime

Cadet

Senior

Date :

Signature :

Cachet professionnel :

### B-Avis du Directeur Technique National

Date

Signature

### C-Décision du Médecin Fédéral

Surclassement :

oui

non

Minime

Cadet

Senior

Date :

Signature :

Cachet Médecin Fédéral :

### Avis du Médecin Régional si différent du médecin examinateur :

Autorise le surclassement : oui

non

Cachet professionnel :

NOM : ..... Prénom : .....

Peut pratiquer le basketball en compétition :

-dans sa catégorie

-en surclassement dans la catégorie :  Minime  Cadet  Senior

Date :

Cachet officiel du médecin fédéral

Signature :