Ligue : ……
Comité Départemental : …….

Certificat d'aptitude au Surclassement- Régional ou National

➔Demande établie sous la responsabilité et à la demande administrative du Président du groupement sportif
➔ Examen réalisé par un médecin agréé ou/et par le Médecin régional

Je soussigné ……..... Président
demande un surclassement en faveur de :

NOM : …….. Prénom : …….. né(e) le : ……..……..

Adresse : ……..……

Code postal : …….. Ville : ……..……..……

Groupement sportif : ……..…….. Licence N° : ……
En catégorie *(cocher la case correspondante)* :

- ☐ U11 (M/F) ➔ U13 (M/F) Région
- ☐ U12/U13 (M/F) ➔ U15 (M/F) Région
- ☐ U14 (M) ➔ U17 (M) Département ou Région
- ☐ U14 (F) ➔ U17 (F) Région
- ☐ U15 (M/F) ➔ U17 (M/F) Région
- ☐ U15 (F) ➔ U18 (F) France
- ☐ U15 (F) ➔ U20 (F) Région
- ☐ U16 (F) ➔ Senior (F) Département ou Région ou France
- ☐ U17 (F) ➔ Senior (F) Région ou France
- ☐ U17 (M) ➔ Senior (M) Région ou France

Nécessitant, conformément aux règlements de la FFBB, un examen par un **médecin agréé et/ou le <u>médecin régional</u>**.
Je m'engage à veiller à ce que le recto (partie administrative concernant l'état civil et fédéral du joueur) soit bien renseigné et m'assurer que l'autorisation parentale soit bien signée.

Signature

NB : *Aucun surclassement de U13 (M ou F) en U15 France, de U14 M et U15 M en U18 M France, de U15 en senior, de U16 M 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 basketball 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 : ……..……..
Prénom : ……..…….. A : ……..
né(e) le : ……..…….. Le : ……..

Signature

NB : *Peut également tenir lieu de certificat de non contre-indication à la pratique du basketball en compétition.*

* *Rayer les mentions inutiles*

***Conformément à la loi « informatique et liberté » du 6/01/78 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations vous concernant que vous pouvez exercer directement auprès du médecin compétent.*

……

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

Saison sportive : ……..

NOM : ……..
Prénom : ……..……..…..
N° licence :……
Né (e) le :……
Groupement sportif ……

Surclassement en *(cocher la correspondante)* :

- ☐ U 13 (M/F) Région
- ☐ U 15 (M/F) Région
- ☐ U 17 (M) Département
- ☐ U 17 (M/F) Région
- ☐ U 18 (M/F) France
- ☐ U20 (F) Région
- ☐ Senior (F) Région ou France*
- ☐ Senior (M) Région ou France*

**Rayer le niveau non concerné*

COMED-SBJ-2016/2017

Document à photocopier en BLEU

Avis motivé de l'entraîneur

Je soussigné(e) : Nom : _____ , Prénom : _____

Diplôme* : Initiateur Entraineur Breveté d'Etat 1er degré | Jeunes Entraîneur Juniors Breveté d'Etat 2ème degré | Entraineur Régional Breveté d'Etat 3ème degré

(*Rayer les mentions inutiles)

Demande le surclassement du (de la) jeune joueur (euse) nommé(e) au verso pour les raisons suivantes :

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Fait à, _____ , le

Signature de l'entraîneur :

Avis de la Commission Médicale Régionale

☐ Accepté ☐ Ajourné ☐ Refusé

Date de la réunion : ___/___/_____

Noms et signatures des membres de la Commission :

PARTIE A DETACHER – RESERVEE AU MEDECIN REGIONAL (à remettre au Comité Départemental)

En accord avec le Médecin agréé et la Commission Médicale Régionale, j'autorise le (la) jeune basketteur(euse) dont les nom, prénom et date de naissance figurent au verso à pratiquer dans la catégorie d'âge suivante :

- ☐ U13 Région
- ☐ U15 Région
- ☐ U17 Département
- ☐ U17 Région
- ☐ U18 France
- ☐ U20 Région
- ☐ Sénior fille département
- ☐ Sénior fille Région
- ☐ Sénior fille France
- ☐ Sénior Garçon Région
- ☐ Sénior Garçon France

Date : __/__/____

Cachet et signature du Médecin Régional :

Document à photocopier en BLEU

FFBB

Document confidentiel lié au secret médical

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

Je soussigné, Docteur _____ Médecin agréé N° : _____

CERTITIFIE avoir examiné le/ la licencié (e) candidat au surclassement et constaté :

Antécédents médicaux, traumatiques et chirurgicaux : _____

_____

_____

_____

- **VACCINATIONS À JOUR :** OUI ☐ NON ☐

- **SUR LE PLAN MORPHOLOGIQUE, STATIQUE ET DYNAMIQUE** :

  Taille (cm) _____ Poids (kg) _____ Stade Pubertaire : _____
  Ostéochondrose : _____
  Laxité, instabilité : _____
  Souplesse : _____

- **SUR LE PLAN CARDIO-VASCULAIRE ET RESPIRATOIRE** :

  Antécédents familiaux de maladie cardiovasculaire ou mort subite : oui ☐ non ☐
  Auscultation : _____
  TA (au repos) : _____Pouls :_____ **ECG de repos obligatoire (joindre le tracé)** : _____
  Si examens complémentaires (échographie, épreuve d'effort, spirométrie …) joindre le compte-rendu.

- **SUR LE PLAN CLINIQUE GENERAL** : ophtalmo, neuro, endocrino …
  Examens complémentaires éventuels :

  _____
  _____
  _____

En conclusion, considère que Nom _____Prénom_____

Né (e) le : __ / __ / ____ Groupement sportif _____

est : ☐ APTE* ☐ INAPTE* **à pratiquer le basket en compétition dans la catégorie demandée**.

Date : …… Cachet du médecin agrée signature :

** (cocher la case correspondante)*

Document à photocopier en BLEU