

Certificat d'aptitude au Surclassement - Régional ou National

- ➔ Demande établie sous la responsabilité et à la demande administrative du ou de la Président(e) du groupement sportif.
- ➔ Examen réalisé par un médecin agréé ou/et par le médecin régional.
- ➔ Acte de prévention – hors nomenclature – non remboursable.
- ➔ L'avis du ou de la Président(e), des parents et de l'entraîneur doivent **impérativement** être remplis avant de consulter le médecin agréé.

Je soussigné Président(e)
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) :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> U11 (M/F) ➔ U13 (M/F) Région | <input type="checkbox"/> U15 (F) ➔ U18 (F) France |
| <input type="checkbox"/> U12/U13 (M/F) ➔ U15 (M/F) Région | <input type="checkbox"/> U15 (F) ➔ U20 (F) Région |
| <input type="checkbox"/> U14 (M) ➔ U17 (M) Département ou Région | <input type="checkbox"/> U16 (F) ➔ Senior (F) Département ou Région ou France |
| <input type="checkbox"/> U14 (F) ➔ U18 (F) Région | <input type="checkbox"/> U18 (F) ➔ Senior (F) Région ou France |
| <input type="checkbox"/> U15 (M/F) ➔ U17M/U18F Région | <input type="checkbox"/> U17 (M) ➔ Senior (M) Région ou 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 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(e)..... (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 :

Né(e) le :

A :

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.

Saison sportive :

NOM :

Prénom :

N° licence :

Né(e) le :

Groupement sportif

Surclassement en (cocher la case correspondante) :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> U13 (M/F) Région | <input type="checkbox"/> U18 (M/F) France |
| <input type="checkbox"/> U15 (M/F) Région | <input type="checkbox"/> U20 (F) Région |
| <input type="checkbox"/> U17 (M) Département | <input type="checkbox"/> Senior (F) Région ou France |
| <input type="checkbox"/> U17M/U18F Région | <input type="checkbox"/> Senior (M) Région ou France |

*Rayer le niveau non concerné



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° : _____

CERTIFIE 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 agréé :	Signature :
---------------------------	-------------

* (cocher la case correspondante)

**SURCLASSEMENTS PAR CATEGORIE
SAISON 2018 / 2019**

Age au
01/01/2019

SENIORS	1998 ET AVANT		COMPETITION TERRITORIALE OU INTER-TERRITORIALE	COMPETITION REGIONALE ou INTER-REGIONALE	COMPETITION NATIONALE
U20	1999	OUI	AUTOMATIQUE	AUTOMATIQUE	AUTOMATIQUE
U19	2000	OUI	AUTOMATIQUE	AUTOMATIQUE	AUTOMATIQUE
U18	2001	OUI	Médecin de famille	Médecin de famille	Médecin de famille
U17	2002	OUI	<u>Vers U20</u> : Médecin de famille <u>Vers Senior</u> : Médecin de famille	<u>Vers U20</u> : Médecin de famille <u>Vers Senior</u> : Médecin agréé	<u>Vers U20</u> : Médecin de famille <u>Vers Senior</u> : Médecin agréé
U16 Masculin	2003	OUI	<u>Vers U20</u> : Médecin de famille <u>Vers Senior</u> : Impossible	<u>Vers U20</u> : Médecin de famille <u>Vers Senior</u> : Impossible	<u>Vers U20</u> : Médecin de famille <u>Vers Senior</u> : Médecin fédéral + avis DTN
U16 Féminin	2003	OUI	<u>Vers U20</u> : Médecin de famille <u>Vers Senior</u> : Médecin agréé	<u>Vers U20</u> : Médecin de famille <u>Vers Senior</u> : Médecin agréé	<u>Vers U20</u> : Médecin de famille <u>Vers Senior</u> : Médecin Régional
U15 Masculin	2004	OUI	Médecin de famille	Médecin agréé	Médecin fédéral + avis DTN
U15 Féminin	2004	OUI	<u>Vers U18 à U20</u> : Médecin de famille	<u>Vers U18 à U20</u> : Médecin agréé	<u>Vers U18 à U20</u> : Médecin agréé <u>Vers Senior</u> : Médecin fédéral + avis DTN
U14 Masculin	2005	OUI	<u>Vers U17</u> : Médecin agréé	<u>Vers U17</u> : Médecin agréé	<u>Vers U17/U18</u> : Médecin fédéral + avis DTN
U14 Féminin	2005	OUI	<u>Vers U18</u> : Médecin de famille	<u>Vers U18</u> : Médecin agréé	<u>Vers U18</u> : Médecin fédéral + avis DTN
U13	2006	OUI	<u>Vers U15</u> : Médecin de famille	<u>Vers U15</u> : Médecin agréé	<u>Vers U15</u> : Médecin fédéral + avis DTN
U12	2007	OUI	<u>Vers U15</u> : Médecin de famille	<u>Vers U15</u> : Médecin agréé	Impossible
U11	2008	OUI	<u>Vers U13</u> : Médecin de famille	<u>Vers U13</u> : Médecin agréé	Impossible
U10	2009	NON	Impossible	Impossible	Impossible
U9	2010	OUI	<u>Vers U11</u> : Médecin de famille	Impossible	Impossible
U8	2011	NON	Impossible	Impossible	Impossible
U7	2012	OUI	<u>Vers U9</u> : Possible par médecin de famille	Impossible	Impossible