



Ligue Régionale : .....  
Comité Départemental : .....

## CERTIFICAT D'APTITUDE AU SURCLASSEMENT DEPARTEMENTAL, REGIONAL OU NATIONAL

- Dossier à adresser, sous pli confidentiel, au siège de la Ligue Régionale à l'attention de la COMED.
- 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(e) NOM : ..... Prénom : ....., Président(e), demande un surclassement en faveur de :

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

Adresse : .....

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

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

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 ou France                   |
| <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"/> U17 (F) → Senior (F) Région ou France                |
| <input type="checkbox"/> U15 (M/F) → U17 (M) / U18 (F) 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 présent document (partie administrative concernant l'état civil et fédéral du ou de la licencié(e)) 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/F et U15 M en U17/U18 M et U18F France, de U15 F 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 et/ou au médecin régional toutes les informations sur l'état de santé antérieur de :

NOM : .....

Prénom : .....

Né(e) le : .....

A : .....

Le : .....

**Signature :**

\* Rayer les mentions inutiles

*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.*

## Avis motivé de l'entraîneur

Je soussigné(e) NOM : ....., Prénom : .....

Diplôme\* : Initiateur  
DEFB

P1 du CQPTSBB  
DEPB

CQPTSBB

\*Rayer les mentions inutiles

Demande le surclassement du ou de la licencié(e) nommé(e) sur la première page 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 - A REMETTRE AU COMITE DEPARTEMENTAL

En accord avec le médecin agréé et la Commission Médicale Régionale, j'autorise le ou la licencié(e) :

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

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

à pratiquer dans la catégorie d'âge suivante pour la saison sportive .....

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

**Date :** .....

**Cachet et signature du Médecin Régional :**



**DOCUMENT CONFIDENTIEL LIE AU SECRET MEDICAL**

**Visite spéciale niveau départemental, 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 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.**

\* cocher la case correspondante

Date : .....

Cachet du médecin agréé FFBB :

**Signature :**