



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) :

- | | |
|--|---|
| <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) ➔ U17 (F) Région | <input type="checkbox"/> U17 (F) ➔ Senior (F) Région ou France |
| <input type="checkbox"/> U15 (M/F) ➔ U17 (M/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 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 :

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.*



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

Saison sportive :

Surclassement en (cocher la case correspondante) :

NOM :

U 13 (M/F) Région

U 18 (M/F) France

Prénom :

U 15 (M/F) Région

U20 (F) Région

N° licence :

U 17 (M) Département

Senior (F) Région ou France

Né (e) le :

U 17 (M/F) Région

Senior (M) Région ou France

Groupement sportif

**Rayer le niveau non concerné*

COMED-SBJ-2016/2017



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 2017 / 2018**

Age au 01/01/2018

SENIORS	1997 ET AVANT	Surclassement possible	COMPETITION DEPARTEMENTALE	COMPETITION REGIONALE	COMPETITION NATIONALE
U20	1998	OUI	AUTOMATIQUE	AUTOMATIQUE	AUTOMATIQUE
U19	1999	OUI	AUTOMATIQUE	AUTOMATIQUE	AUTOMATIQUE
U18	2000	OUI	<u>Vers Senior</u> : Médecin de famille	<u>Vers Senior</u> : Médecin de famille	<u>Vers Senior</u> : Médecin de famille
U17	2001	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	2002	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	2002	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	2003	OUI	<u>Vers U17</u> : Médecin de famille	<u>Vers U17</u> : Médecin agréé	<u>Vers U17</u> : Médecin fédéral + avis DTN
U15 Féminin	2003	OUI	<u>Vers U17 à U20</u> : Médecin de famille	<u>Vers U17 à U20</u> : Médecin agréé	<u>Vers U17 à U20</u> : Médecin agréé <u>Vers Senior</u> : Médecin fédéral + avis DTN
U14 Masculin	2004	OUI	<u>Vers U17</u> : Médecin agréé	<u>Vers U17</u> : Médecin agréé	<u>Vers U17</u> : Médecin fédéral + avis DTN
U14 Féminin	2004	OUI	<u>Vers U17</u> : Médecin de famille	<u>Vers U17</u> : Médecin agréé	<u>Vers U17</u> : Médecin fédéral + avis DTN
U13	2005	OUI	<u>Vers U15</u> : Médecin de famille	<u>Vers U15</u> : Médecin agréé	<u>Vers U15</u> : Médecin fédéral + avis DTN
U12	2006	OUI	<u>Vers U13</u> : Médecin de famille	<u>Vers U13</u> : Médecin agréé	Impossible
U11	2007	OUI	<u>Vers U13</u> : Médecin de famille	<u>Vers U13</u> : Médecin agréé	Impossible
U10	2008	NON	Impossible	Impossible	Impossible
U9	2009	OUI	<u>Vers U11</u> : Médecin de famille	<u>Vers U11</u> : Impossible	<u>Vers U11</u> : Impossible
U8	2010	NON	Impossible	Impossible	Impossible
U7	2011	OUI	<u>Vers U9</u> : Possible par médecin de famille sous réserve d'être licencié 2 ans dans la catégorie	Impossible	Impossible