



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 :

SURCLASSEMENTS PAR CATEGORIE SAISON 2019 / 2020

Age au
01/01/2020

SENIORS	1999 ET AVANT		COMPETITION DEPARTEMENTALE	COMPETITION REGIONALE	COMPETITION NATIONALE
U20	2000	OUI	AUTOMATIQUE	AUTOMATIQUE	AUTOMATIQUE
U19	2001	OUI	AUTOMATIQUE	AUTOMATIQUE	AUTOMATIQUE
U18	2002	OUI	Médecin de famille	Médecin de famille	Médecin de famille
U17	2003	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	2004	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	2004	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	2005	OUI	<u>Vers U17</u> : Médecin de famille	<u>Vers U17</u> : Médecin agréé	<u>Vers U18</u> : Médecin fédéral + avis DTN
U15 Féminin	2005	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	2006	OUI	<u>Vers U17</u> : Médecin agréé	<u>Vers U17</u> : Médecin agréé	<u>Vers U17/U18</u> : Médecin fédéral + avis DTN
U14 Féminin	2006	OUI	<u>Vers U18</u> : Médecin de famille	<u>Vers U18</u> : Médecin agréé	<u>Vers U18</u> : Médecin fédéral + avis DTN
U13	2007	OUI	<u>Vers U15</u> : Médecin de famille	<u>Vers U15</u> : Médecin agréé	<u>Vers U15</u> : Médecin fédéral + avis DTN
U12	2008	OUI	<u>Vers U15</u> : Médecin de famille	<u>Vers U15</u> : Médecin agréé	Impossible
U11	2009	OUI	<u>Vers U13</u> : Médecin de famille	<u>Vers U13</u> : Médecin agréé	Impossible
U10	2010	NON	Impossible	Impossible	Impossible
U9	2011	OUI	<u>Vers U11</u> : Médecin de famille	Impossible	Impossible
U8	2012	NON	Impossible	Impossible	Impossible
U7	2013	OUI	<u>Vers U9</u> : Possible par médecin de famille	Impossible	Impossible