



Commission de qualification

Envoyer un surclassement exceptionnel

 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) → U17 (F) Région ou France
<input type="checkbox"/> U12/U13 (M/F) → U15 (M/F) Région/inter 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) → U17 (F) Région	<input type="checkbox"/> U17 (F) → Senior (F) Région ou France
<input type="checkbox"/> U15 (M) → U17(M) 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 et U15 (M ou F) en U17 (M ou F) France, de U15 (M ou 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 (jeune)

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 : A :

Prénom : Le :

né(e) le : Le :

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 06/01/78 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations vous concernant que vous pouvez exercer directement auprès de l'Administrateur du Site.



Docteur Roger RUA.

medecin.regional@basketidf.com

Ligue Ile de France de Basket Ball
COMED
117 rue du château des Rentiers
750013 Paris

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

Saison sportive : Surclassement en (cocher la case correspondante) :

NOM :	<input type="checkbox"/> U 13 (M/F) Région	<input type="checkbox"/> U 17 (F) Région ou France*
Prénom :	<input type="checkbox"/> U 15 (M/F) Région/Inter Région	<input type="checkbox"/> U20 (F) Région ou France*
N° licence :	<input type="checkbox"/> U 17 (M) Département	<input type="checkbox"/> Senior (F) Région ou France*
Né (e) le :	<input type="checkbox"/> U 17 (M) Région	<input type="checkbox"/> Senior (M) Région ou France*

Groupement sportif :

*Rayer le niveau non concerné

Document à photocopier en BLEU

COMED-SBJ-2015/2016





Commission de qualification



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) Evolution pubertaire normal : oui non.....

Ostéocondrose :

Laxité, instabilité :

Souplesse :

• SUR LE PLAN CARDIO-VASCULAIRE ET RESPIRATOIRE :

• Antécédents familiaux de maladie cardiovasculaire ou mort subite : oui non

• Auscultation :

TA (au repos) : ECG de repos obligatoire :

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 M 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)

J'autorise le jeune basketteur (euse) dont les : nom, prénom et date de naissance figurent au verso, à pratiquer dans la catégorie suivante :

Date : Cachet du médecin agréé ou régional signature :



Ne pas oublier