

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 Commission Régionale Médicale.

→ En cas de dossier incomplet, la demande ne sera pas étudiée.

→ 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) :

U11 (M/F) → U13 (M/F) Région

U15 (F) → U18/20 (F) Région ou France

U12/U13 (M/F) → U15 (M/F) Région

U16 (F) → Senior (F) Département ou Région ou France

U14 (M) → U17/U18 (M) Département ou Région

U17 (M/F) → Senior (M/F) Région ou France

U14 (F) → U18 (F) Région

U15 (M) → U17/U18 (M) Région

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 collectées sur le formulaire peuvent faire l'objet d'un traitement informatique auprès de la Fédération Française de Basket-ball et de ses organes déconcentrés aux fins de traitement des demandes de surclassement. La base légale du traitement est l'exercice d'une mission de service public. Les données sont destinées aux Ligues, Comités et Clubs ainsi qu'au personnel médical agréé ou avec lequel vous êtes en relation. Ces données seront conservées pendant la durée nécessaire aux finalités du traitement.

Conformément à la réglementation en vigueur Loi « informatique et libertés » de 1978 modifiée et au Règlement Général sur la Protection des Données (UE 2016/679), vous bénéficiez d'un droit d'accès, d'opposition, de rectification et d'effacement des données vous concernant. Vous disposez également d'un droit à la limitation du traitement dans certains cas précis. Ces droits peuvent être exercés directement en vous adressant à la FFBB, service "Délégué à la Protection des Données", 117 rue Château des Rentiers, 75013 PARIS ou à l'aide du formulaire « demande d'exercice des droits » accessible en ligne à l'adresse suivante <https://www.ffbb.com/ffbb/droits/demande>. Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.

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 Régionale Médicale

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/U18 (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/U18 (M) Région | <input type="checkbox"/> Senior (M) Région ou France |

Date :

Cachet et signature du Médecin Régional :

**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 :
Envergure (cm) : IMC :

• **SUR LE PLAN APPAREIL LOCOMOTEUR** :

Recurvatum :	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Ostéocondrose :	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Raideur musculo-tendineuse :	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Scoliose - attitude scoliothique :	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

A préciser si nécessaire :

• **SUR LE PLAN CARDIO-VASCULAIRE ET RESPIRATOIRE** :

Antécédents familiaux de maladie cardiovasculaire ou mort subite : OUI NON
Auscultation :

TA (au repos) : Fréquence cardiaque :

ECG de repos obligatoire (joindre le tracé).

Si examens complémentaires (échographie, épreuve d'effort, spirométrie ...) joindre le compte-rendu.

• **SUR LE PLAN OPHTALMOLOGIQUE** :

Sans correction / Avec correction :

OD	OD
OG	OG

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 :