



Ligue Régionale :
Comité Départemental/Territorial :

CERTIFICAT D'APTITUDE POUR SURCLASSEMENT EXCEPTIONNEL

- ➔ Examen réalisé par ou sous la responsabilité du Médecin Régional.
- ➔ L'ECG du joueur est indispensable et doit être fourni avec le dossier de surclassement à la FFBB, sous pli confidentiel à l'attention de la Commission Fédérale Médicale. En cas de dossier incomplet, la demande ne sera pas étudiée.
- ➔ Demande établie en conformité avec la grille des surclassements présentée dans l'annuaire fédéral.
- ➔ Acte de prévention – hors nomenclature – non remboursable.

Délivré à :

NOM : Prénom : Né(e) le : Sexe :
Adresse :
Code postal : Ville :
Groupement sportif : N° informatique:
Licence N° : Année de la 1^{ère} licence

Surclassement souhaité :

- | | | |
|---------------------------------------|---|--------------|
| <input type="checkbox"/> U13 (M ou F) | ➔ | U15 (M ou F) |
| <input type="checkbox"/> U14 (F) | ➔ | U18 (F) |
| <input type="checkbox"/> U14 (M) | ➔ | U18 (M) |
| <input type="checkbox"/> U15 (F) | ➔ | Senior (F) |
| <input type="checkbox"/> U15 (M) | ➔ | U18 (M) |
| <input type="checkbox"/> U16 (M) | ➔ | Senior (M) |

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 nationales de la FFBB et m'engage à communiquer au **médecin régional** toutes informations sur l'état de santé de :

NOM: A: **Signature :**
Prénom: Le:
Né(e) le:

* Rayer les mentions inutiles

Avis du Club:

Je soussigné(e) NOM : Prénom :, Président(e),
donne un avis :

Favorable Défavorable

Cachet et signature :

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 à la Fédération Française de Basket-Ball, aux Ligues, aux Comités et aux Clubs ainsi qu'au personnel médical agréé 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.

**Ce document confidentiel lié au secret médical
est à conserver par le Médecin Fédéral**

Visite médicale

(Se munir du carnet de santé et/ou du carnet de suivi médical FFBB)

EXAMENS MEDICAUX OBLIGATOIRES

• **Sur le plan morphologique, statique et dynamique :**

Taille (cm) : Poids (kg) : IMC :

Envergure (cm) :

Evolution pubertaire normale : Oui Non

Antécédents médicaux et chirurgicaux :

.....

• **Sur le plan appareil locomoteur :**

Laxité : Oui Non

Ostéochondrose : Oui Non

Raideur musculo-tendineuse : Oui Non

Scoliose - attitude scoliotique : Oui Non

• **Sur le plan cardio-vasculaire et respiratoire :**

Antécédent familial de mort subite ou Maladie Cardiovasculaire :

Oui Non

Auscultation cardiaque :

Fréquence cardiaque : TA :

ECG de repos (joindre le tracé)

• **Sur le plan ophtalmologique :**

Sans correction / Avec correction :

OD OD

OG OG

CONCLUSIONS

A- Avis Médical

Je soussigné Dr

Médecin agréé FFBB N° :

certifie avoir pratiqué l'examen précité et déclare :

NOM : Prénom :

apte à pratiquer le basketball en compétition dans sa catégorie
d'âge et en surclassement en catégorie :

- U15
 U18
 Senior

Date :

Cachet professionnel et signature :

B-Avis du Directeur Technique National

Surclassement :

- Oui
 Non

Date :

Signature :

C-Décision du Médecin Fédéral

Surclassement :

- Oui
 Non

Date :

Cachet et signature :

PARTIE A REMPLIR PAR LE MEDECIN REGIONAL S'IL N'EST PAS LE MEDECIN EXAMINATEUR :

Autorise le surclassement :

- Oui
 Non

Cachet professionnel et signature :

PARTIE A DETACHER ET A REMETTRE AU COMITE DEPARTEMENTAL

NOM : Prénom : Né(e) le :

du Groupement Sportif : Licence N° :

peut pratiquer le basketball en compétition pour la saison sportive..... :

en surclassement dans la catégorie : U15 France U18 France Senior France

Date :

Cachet et signature du Médecin Fédéral :