



FEDERATION
FRANCAISE DE
BASKETBALL

Ligue :
Comité Départemental :

Certificat d'aptitude au Surclassement Régional ou National

(à établir par un médecin agréé ou/et par le Médecin régional)

Sous la responsabilité et à la demande administrative du Président du groupement sportif

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"/> Poussin (e) 2 | <input type="checkbox"/> Benjamin(e) Région | <input type="checkbox"/> Minime fille | <input type="checkbox"/> Cadette Région-France |
| <input type="checkbox"/> Benjamin (e) | <input type="checkbox"/> Minime Région | <input type="checkbox"/> Cadette 1 | <input type="checkbox"/> Sénior Dépt. ou Région |
| <input type="checkbox"/> Minime garçon | <input type="checkbox"/> Cadet Dépt. ou Région | <input type="checkbox"/> Cadette 1 | <input type="checkbox"/> Senior France |
| | <input type="checkbox"/> Cadet(te) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Senior Région-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.

A : le : Signature :

NB : *Aucun surclassement de benjamin 2 (M & F) en minime France, de minime 1 & 2 (M & F) en cadet(te) France, de minime 2 (M & F) en senior, de cadet 1 garçon 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 : Signature :
Prénom : A :
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*



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

Saison sportive :

Surclassement en (cocher la case correspondante) :

- | | | |
|--------------------------|---|---|
| NOM : | <input type="checkbox"/> Benjamin(e) | <input type="checkbox"/> Senior fille département |
| Prénom : | <input type="checkbox"/> Minime régional | <input type="checkbox"/> Senior fille régional |
| N° licence : | <input type="checkbox"/> Cadet départ. | <input type="checkbox"/> Senior fille France |
| Né (e) le : | <input type="checkbox"/> Cadet(te) régional | <input type="checkbox"/> Senior garçon |
| Groupement sportif | | <input type="checkbox"/> Cadette France |