



FEDERATION
FRANCAISE DE
BASKETBALL

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 : 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)

PARTIE A DETACHER - RESERVEE AU MEDECIN REGIONAL (à remettre au Comité Départemental)

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 régional

signature :