



Certificat Médical
Saison 2023/2024

CERTIFICAT MEDICAL
(à remplir par le médecin - *Cocher la case correspondante)

Je soussigné, Docteurcertifie avoir examiné ce jour M./Mme et n'avoir décelé aucune contre-indication apparente :

pour la pratique sportive :

- la pratique du basket en compétition ou du sport en compétition (pratique compétitive y compris loisir)*

pour la pratique du Vivre Ensemble :

- la pratique du basket ou du sport (pratique non compétitive – Vivre Ensemble)*.

FAIT LE/...../..... A

Signature et cachet obligatoire du praticien :

Tableau des surclassements FFBB – Saison 2023/2024
« sous réserve de son entrée en vigueur au 1^{er} juillet 2023
(Mars 2018 – Juin 2019 – Avril 2020 – Décembre 2021 – Février 2022)

	CATEGORIES D'AGES ET NIVEAU DE COMPETITION		
ANNEE D'AGE	COMPETITION DEPARTEMENTALE	COMPETITION REGIONALE	COMPETITION NATIONALE
U20	AUTOMATIQUE	AUTOMATIQUE	AUTOMATIQUE
U19	AUTOMATIQUE	AUTOMATIQUE	AUTOMATIQUE
U18	<u>Vers Senior</u> : Médecin de Famille <u>Vers Senior 3x3</u> : Médecin de Famille	<u>Vers Senior</u> : Médecin de Famille <u>Vers Senior 3x3</u> : Médecin de Famille	<u>Vers Senior</u> : Médecin de Famille <u>Vers Senior 3x3</u> : Médecin de Famille
U17	<u>Vers U20</u> : Médecin de famille <u>Vers Senior</u> : Médecin de famille	<u>Vers U20</u> : Médecin de famille <u>Vers Senior</u> : Médecin agréé	<u>Vers U20</u> : Médecin de famille <u>Vers Senior</u> : Médecin agréé
U16 Masculin	<u>Vers U20</u> : Médecin de famille <u>Vers Senior</u> : Impossible	<u>Vers U20</u> : Médecin de famille <u>Vers Senior</u> : Impossible	<u>Vers U20</u> : Médecin de famille <u>Vers Senior</u> : Médecin fédéral + avis DTN
U16 Féminin	<u>Vers U20</u> : Médecin de famille <u>Vers Senior</u> : Médecin agréé	<u>Vers U20</u> : Médecin de famille <u>Vers Senior</u> : Médecin agréé	<u>Vers U20</u> : Médecin de famille <u>Vers Senior</u> : Médecin Régional
U15 Masculin	<u>Vers U17 5x5</u> : Médecin de famille <u>Vers U18 3x3</u> : Médecin de famille	<u>Vers U17 5x5</u> : Médecin agréé <u>Vers U18 3x3</u> : Médecin de famille	<u>Vers U18</u> : Médecin fédéral + avis DTN
U15 Féminin	<u>Vers U18 et U20 5x5</u> : Médecin de famille <u>Vers U18 3x3</u> : Médecin de Famille	<u>Vers U18 et U20 5x5</u> : Médecin agréé <u>Vers U18 3x3</u> : Médecin de Famille	<u>Vers U18 et U20</u> : Médecin agréé <u>Vers Senior</u> : Médecin fédéral + avis DTN
U14 Masculin	<u>Vers U17</u> : Médecin agréé	<u>Vers U17</u> : Médecin agréé	<u>Vers U17 et U18</u> : Médecin fédéral + avis DTN
U14 Féminin	<u>Vers U18</u> : Médecin de famille	<u>Vers U18</u> : Médecin agréé	<u>Vers U18</u> : Médecin fédéral + avis DTN
U13	<u>Vers U15</u> : Médecin de famille	<u>Vers U15</u> : Médecin agréé	<u>Vers U15</u> : Médecin fédéral + avis DTN
U12	<u>Vers U15</u> : Médecin de famille	<u>Vers U15</u> : Médecin agréé	Impossible
U11	<u>Vers U13</u> : Médecin de famille	<u>Vers U13</u> : Médecin agréé	Impossible
U10	<u>Vers U13</u> : Médecin de famille	Impossible	Impossible
U9	<u>Vers U11</u> : Médecin de famille	Impossible	Impossible
U8	<u>Vers U11</u> : Médecin de famille	Impossible	Impossible
U7	<u>Vers U9</u> : Médecin de famille	Impossible	Impossible

ATTENTION

Seuls les championnats Nationale Masculine U18 Elite, Nationale Féminine U18 Elite et U18 Féminine sont sur 3 années.
 Les licenciés des catégories U19 et U20 peuvent participer aux compétitions seniors.



Surclassement
Saison 2023/2024
(ne nécessitant pas un imprimé spécifique et un examen par un médecin agréé)

SURCLASSEMENT

Je soussigné, Docteurcertifie
avoir examiné ce jour M./Mme
et n'avoir décelé aucune contre-indication apparente pour pratiquer le
Basketball en compétition dans la catégorie immédiatement supérieure
dans le respect de la réglementation en vigueur au sein de la FFBB.

FAIT LE/...../..... A

Signature et cachet obligatoire du praticien :

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) :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> U11 (M/F) → U13 (M/F) Région | <input type="checkbox"/> U15 (F) → U18 (F) Région ou France |
| <input type="checkbox"/> U12/U13 (M/F) → U15 (M/F) 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) → U18 (F) Région | <input type="checkbox"/> U17 (M/F) → Senior (M/F) Région ou France |
| <input type="checkbox"/> U15 (M) → U17 (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 (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 (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 NON
Ostéocondrose : OUI NON
Raideur musculo-tendineuse : OUI NON
Scoliose - attitude scoliothique : OUI NON

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 NOMPrénom.....

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 :