



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 :