

## COMMISSION FEDERALE MEDICALE

### Certificat d'aptitude pour surclassement exceptionnel

Ligue : .....  
Comité départemental : .....

#### DEMANDE ETABLIE EN CONFORMITE AVEC LA GRILLE DES SURCLASSEMENTS PRESENTEE DANS L'ANNUAIRE FEDERAL

Délivré à :

NOM : ..... Prénom : .....né( e) le : .....sexe : .....  
Adresse : .....  
Code postal : .....Ville.....  
Groupement sportif : .....Licence N° : ..... Année de la 1°licence .....

#### Surclassement souhaité examen réalisé par ou sous la responsabilité du médecin régional

- |   |   |                 |
|---|---|-----------------|
| <input type="checkbox"/> Benjamin       | à | Minimes (M & F) |
| <input type="checkbox"/> Minime         | à | Cadet / Cadette |
| <input type="checkbox"/> Minime (M & F) | à | Senior (M & F)  |
| <input type="checkbox"/> Cadet          | à | Senior          |

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

NOM : ..... A : ..... Signature :  
Prénom : ..... le : .....  
Né (e) le : .....



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

Saison sportive : .....  
NOM : .....  
Prénom : .....  
Né (e) le : .....  
Groupement sportif : .....  
Licence N° : .....

Surclassement en catégorie :

- Minime  
 Cadet/Cadette  
 Senior