



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

- Benjamin à Minimes (M & F)
Minime à Cadet / Cadette
Minime (M & F) à Senior (M & F)
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 :

AVIS DU PRESIDENT DU CLUB

Favorable [] Défavorable []

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

