

# Visite médicale réalisée par ou sous la responsabilité du médecin régional

(Se munir du carnet de santé et/ou du carnet de suivi médical FFBB)

## Examens médicaux obligatoires

Taille (cm) : ... Poids (kg) : .....IMC : .....

Evolution pubertaire normal : oui  non

Antécédent familial de mort subite :  
oui  non

Envergure (cm) : .....  
Empan (cm) : .....  
ORL : .....  
Stomato : .....

Antécédent médico sportifs : .....

Auscultation cardiaque : .....  
Appareil locomoteur : .....  
Neurologie : .....  
Abdomen : .....  
Endocrinien : .....  
Ophtalmo : sans correction / avec correction  
OD OD  
OG OG  
Périmètre thoracique (cm) expir. : .....  
inspir. : .....

### ECG de repos et d'effort :

Biologie : sang : .....  
urines : .....

Autres : .....

## CONCLUSIONS

### A- Avis Médical

Je soussigné Dr .....

N° agrément FFBB : .....

certifie avoir pratiqué l'examen précité et  
déclare :

NOM : ..... Prénom : .....

apte à pratiquer le basketball en compétition  
dans sa catégorie d'âge et en surclassement  
en catégorie :

- Minime  
 Cadet  
 Senior

Date : .....  
Signature : .....  
Cachet professionnel : .....

### B-Avis du Directeur Technique National

Date : .....  
Signature : .....

### C-Décision du Médecin Fédéral

Surclassement :

- oui  
 non

- Minime  
 Cadet  
 Senior

Date : .....  
Signature : .....  
Cachet Médecin Fédéral : .....

## PARITIE A REMPLIR PAR LE MEDECIN REGIONAL S'IL N'EST PAS LE MEDECIN EXAMINATEUR :

Autorise le surclassement : oui  non

Cachet professionnel : .....

NOM : ..... Prénom : .....

Peut pratiquer le basketball en compétition :

-dans sa catégorie

-en surclassement dans la catégorie :  Minime  Cadet  Senior

Date : .....

Cachet officiel du médecin fédéral

Signature : .....

