

Ligue :
Comité départemental :



FFBB Certificat d'aptitude pour surclassement exceptionnel

- Examen réalisé par ou sous la responsabilité du Médecin Régional
- Demande établie en conformité avec la grille des surclassements présentée dans l'annuaire fédéral.

Délivré à :

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

Surclassement souhaité :

- | | | |
|---|---|--------------|
| <input type="checkbox"/> U12/U13 (M ou F) | à | U15 (M ou F) |
| <input type="checkbox"/> U14 (M ou F) | à | U17 (M ou F) |
| <input type="checkbox"/> U15 (M) | à | U17 (M) |
| <input type="checkbox"/> U15 (F) | à | Senior (F) |
| <input type="checkbox"/> U16/U17 (M) | à | Senior (M) |

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 Club :

Nom/ Prénom du Président : Signature et Tampon

Favorable
Défavorable

**Conformément à la loi « informatique et liberté » du 6/01/78 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations vous concernant que vous pouvez exercer directement auprès du médecin compétent.*

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



FFBB

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

Surclassement en catégorie :

- | | |
|--------------------------|-----------------|
| <input type="checkbox"/> | U15 (M ou F) |
| <input type="checkbox"/> | U17 (M ou F) |
| <input type="checkbox"/> | Senior (M ou F) |