Ce document confidentiel lié au secret médical
est à conserver par le Médecin Fédéral

Visite médicale réalisée par ou sous la responsabilité du médecin régional

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

Examens médicaux obligatoires

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

Evolution pubertaire normale : oui ☐ non ☐

Antécédent familial de mort subite ou Maladie Cardiovasculaire :
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 :

Document à photocopier en JAUNE