

## COMMISSION FEDERALE MEDICALE

### Certificat d'aptitude pour surclassement exceptionnel

Ligue des Pyrénées de Basket-Ball (L.R. 23)  
Comité départemental du Tarn de Basket-Ball (C.D. 81)

### 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 par le 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 2008/2009

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

Surclassement en catégorie :

- |                          |               |
|--------------------------|---------------|
| <input type="checkbox"/> | Minime        |
| <input type="checkbox"/> | Cadet/Cadette |
| <input type="checkbox"/> | Senior        |