

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) :

Antécédent médico sportifs :

Antécédent familial de mort subite :
oui non

.....

Auscultation cardiaque :

Appareil locomoteur :

Neurologie :

Abdomen :

Endocrinien :

Ophthalgo : sans correction / avec correction

OD OD

OG OG

Périmètre thoracique (cm) expir. :

inspir. :

Envergure (cm) :

Empan (cm) :

ORL :

Stomato :

ECG de repos et d'effort :

Biologie : sang :

urines :

Autres :

CONCLUSIONS

A- Avis Médical

Je soussigné Dr
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

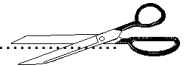
Cadet

Senior

Date :

Signature :

Cachet Médecin Fédéral :



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 :