ffba	GdB	Certificat de double surclassement	**ANNEXE 1 - Formulaire 3** adoption : CD du 13/12/2008 entrée en vigueur : 01/09/2009 validité : permanente secteur : ADM remplace : Chapitre 2.1.F3-2009/1 nombre de pages : 1

5 grammes de plumes, des tonnes d'émotion

Le badminton est un sport exigeant et intensif nécessitant un bilan complet pour la pratique en compétition à un niveau doublement supérieur à sa catégorie d'âge. Ce certificat doit être établi par un médecin diplômé de médecine du sport ou exerçant dans un Centre médico-sportif agréé. Toutes les rubriques doivent être renseignées.

AUTORISATION DU RESPONSABLE LEGAL

Je soussigné(e), M., Mme, Mlle ..... (père, mère, tuteur, tutrice) autorise mon fils - ma fille, à pratiquer le badminton dans une catégorie doublement supérieure à sa catégorie d'âge (minime en juniors, cadet en seniors)
Fait le ..... à ..... Signature .....

Compte-rendu d'examen médical (à conserver par le médecin régional, quelle que soit sa décision.)
Club..... Ligue ..... Département .....
Nom ..... Prénom ..... né(e) le : / /
Adresse .... Tél .....
Antécédents
Médicaux ..... Traumatiques .....
Chirurgicaux ..... Allergiques .....
Traitements suivis
Vaccinations ..... Dernier rappel .....
Urine ..... Albumine ..... Sucre .....
Morphologie
Droitier / Gaucher..... Taille ..... Poids ..... IMC .....
M. sup. ..... M. inf. ..... Pieds .....
Développement pubertaire.. ..... score de tanner..... .....
Vue OD ..... OG..... après correction : OD ..... OG .....
Examen respiratoire
Auscultation .... Peak-flow .....
Examen cardio-vasculaire
Auscultation repos ..... Effort ..... **si souffle, résultat échocardiographie**
ECG ..... Joindre le CR .....
Remarques
Psychisme ..... Habitudes alimentaires ..... Tabac .....
Sommeil (heures habituelles) ..... Niveau scolaire : ..... Autres .....

Je soussigné(e), Docteur en Médecine, **spécialiste de Médecine du Sport**, certifie avoir examiné M ..... et, après avoir pratiqué les examens recommandés par le consensus médical et lui avoir expliqué ainsi qu'à ses parents les risques dus à son âge, je certifie que son état ne présente pas de contre indication à la pratique du badminton en compétition en catégorie doublement supérieure à son âge.
Fait à ..... le .....

Signature et cachet du médecin (+ CMS)

Toute déclaration erronée ou fourniture de faux documents dégage la responsabilité de la FFBA. Ces examens ne sont pris en charge ni par la Fédération Française de Badminton, ni par les organismes sociaux

FEUILLET DETACHABLE A REMPLIR PAR LE MEDECIN REGIONAL *(LE JOUEUR DOIT RENVOYER A LA LIGUE CE COUPON VISE PAR LE MEDECIN REGIONAL POUR VALIDATION DU SURCLASSEMENT SUR LA LICENCE)*

Nom du joueur .....Club ..... Dépt .....
Après lecture du dossier, pas de contre indication à pratiquer le badminton avec double surclassement à partir de ce jour.

Le ..... à .....
Dr .... , médecin de la ligue de .....
(*cachet du médecin*)

L'utilisation de ce formulaire est obligatoire