



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 2.2.F2-2008/1  
 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 .....

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