



# Certificat de surclassement poussin

**ANNEXE 1 - Formulaire 2**  
adoption : CA du 23/06/2012  
entrée en vigueur : 01/09/2012  
validité : permanente  
secteur : ADM  
remplace : Chapitre 2.1.F2-2011/1  
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 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.**

Le présent certificat est applicable :

- aux joueurs de catégorie poussin souhaitant évoluer en catégorie benjamin;
- aux joueurs de 7 à 8 ans souhaitant évoluer en catégorie poussin.

## AUTORISATION DU RESPONSABLE LEGAL

Je soussigné(e), M., M<sup>me</sup>, M<sup>lle</sup> .....(père, mère, tuteur, tutrice)  
autorise mon fils - ma fille, à pratiquer le badminton dans une catégorie supérieure à sa catégorie d'âge

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 .....
Rachis.....	bassin .....	M. sup. ....	M. inf. :.....
Pieds .....	Développement pubertaire .....		score de tanner.....
Si déformation rachidienne, fournir compte-rendu.			
<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 de repos : ..... Joindre le CR			
<b>Remarques</b>			
Psychisme .....		Habitudes alimentaires .....	
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 supérieure.			
Fait à ..... le.....			
Signature et cachet du médecin (+ CMS) :.....			

*Toute déclaration erronée ou fourniture de faux documents dégage la responsabilité de la FFBaD. 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 simple surclassement poussin à partir de ce jour.

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

**L'utilisation de ce formulaire est obligatoire**