



GdB

# Certificat médical annuel double surclassement

**ANNEXE 1 - Formulaire 3**  
adoption : CA du 08/12/2012  
entrée en vigueur : 01/09/2013  
validité : permanente  
secteur : ADM  
remplace : Chapitre 2.1.F3-2012/1  
nombre de pages : 1

*5 grammes de plumes, des tonnes d'émotion*

## ENGAGEMENT POUR LE CERTIFICAT MEDICAL DE DOUBLE SURCLASSEMENT

Le badminton est un sport à sollicitation **cardiovasculaire intense** en compétition. Cette activité physique particulière doit donc inciter le médecin à la plus grande prudence pour la délivrance de ce certificat. **Le risque de mort subite au cours d'une activité physique intense existe aussi chez les plus jeunes.**

Ce certificat doit être établi par tout médecin titulaire du Doctorat d'État, inscrit à l'Ordre des médecins, **et de préférence médecin du sport.**

Le **consensus médical** insiste sur la nécessité :

- d'un interrogatoire soigneux sur les antécédents et les facteurs de risques (Symptômes cardiaques, palpitations, essoufflement anormal, fatigue intense après un effort...)
- d'un examen clinique attentif (Un souffle cardiaque diastolique est toujours anormal, éventuelle asymétrie des pouls périphériques).
- d'un ECG de repos au moins une fois dès l'âge de 12 ans puis tous les trois ans pour la pratique sportive en compétition. (Extrasystoles, ondes T négatives sauf en aVr, en D3 et en V1, syndromes de WPW avec intervalle PR court et empâtement de l'origine du complexe QRS)

Seul le Médecin au cours de son examen est apte à décider de la nécessité de pratiquer des examens complémentaires tels qu'une épreuve d'effort, une échographie, un bilan biologique etc., en fonction des signes d'alerte et des facteurs de risque

**Je déclare avoir pris connaissance et compris ces informations concernant ma santé et la pratique du badminton. Je ne saurais ainsi me retourner contre la FFBaD pour ces motifs. Je sollicite donc une licence en double surclassement Compétition.**

Fait le ..... à ..... **Signature du joueur**

**Signature des parents ou du tuteur précédée de la mention « lu et approuvé »**

**Certificat médical de double surclassement**

Dép<sup>t</sup> ..... Club .....

Nom ..... Prénom ..... né(e) le : / /

Je soussigné(e), Docteur en Médecine, 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 deux catégories au-dessus.

Fait à ..... le ..... signature et cachet du médecin examinateur

*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.*

**L'utilisation de ce formulaire est obligatoire, il doit être adressé à la ligue qui le conservera**