

Notice d'information sur les catégories de licences

FFBS – saison 2025

LICENCES COMPETITION

Baseball
Softball
Baseball5
Handicap
Sport adapté

Ces licences permettent de prendre part aux compétitions officielles organisées par la Fédération, ses ligues régionales et comités départementaux ou sous son égide, auxquelles la structure fédérale dont le licencié est membre participe, et délivrant un titre reconnu et un classement par la Fédération.

LICENCES LOISIR

Baseball
Softball
Handicap
Sport adapté

Ces licences permettent de prendre part aux pratiques ne délivrant aucun titre ou classement fédéral : rencontres amicales, tournois non labellisés par la Fédération, pratique ludique, exhibitions, initiations, etc.

LICENCES NON-PRATIQUANT

Officiel

Membres des comités directeurs de la Fédération, des ligues régionales, et des comités départementaux
Membres d'honneur de la Fédération
Commissaires techniques et délégués fédéraux

Individuel

Membres des commissions fédérales, régionales et départementales
Cadres de la DTN et salariés de la Fédération
non licenciés à un autre titre

Dirigeant

Dirigeants des clubs affiliés ne souhaitant pas pratiquer une des activités gérées par la Fédération

Arbitre

Arbitres diplômés et inscrits sur le rôle du cadre actif des arbitres

Scoreur

Scoreurs diplômés et inscrits sur le rôle du cadre actif des scoreurs

Entraîneur

Éducateurs sportifs diplômés

Volontaire

Membres bénévoles de clubs qui n'ont pas d'autre rôle spécifique



DEMANDE DE MUTATION

Numéro de licencié :

Prénom :

NOM :

Date de naissance :

Club d'origine :

Nouveau Club :

Niveau de jeu la saison passée :

Discipline :

Remarques :

Demande en date du __/__/__

Signature du licencié ou de la licenciée

Notice d'information sur le suivi médical des licenciés FFBS – saison 2025



 <p>FFBS FÉDÉRATION FRANÇAISE BASEBALL & SOFTBALL</p> <p>Tél : 01 44 68 89 30 medical@ffbs.fr www.ffbs.fr</p>	<p>Formulaire médical 2025/7</p>	<p style="text-align: center;">QUESTIONNAIRE RELATIF A L'ETAT DE SANTE DU SPORTIF MINEUR</p> <p style="text-align: center;">SAISON 2025</p>	<p style="text-align: center;"><i>Adoption :</i> CD 19 juillet 2024</p> <p style="text-align: center;"><i>Entrée en vigueur :</i> 1^{er} novembre 2024</p>
			1 page

Avertissement à destination des parents ou de la personne ayant l'autorité parentale : Il est préférable que ce questionnaire soit complété par votre enfant, c'est à vous d'estimer à quel âge il est capable de le faire. Il est de votre responsabilité de vous assurer que le questionnaire est correctement complété et de suivre les instructions en fonction des réponses données.

<p>Faire du sport : c'est recommandé pour tous. En as-tu parlé avec un médecin ? T'a-t-il examiné(e) pour te conseiller ? Ce questionnaire n'est pas un contrôle. Tu réponds par OUI ou par NON, mais il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Tu peux regarder ton carnet de santé et demander à tes parents de t'aider.</p> <p style="text-align: center;">Tu es : <input type="checkbox"/> une fille <input type="checkbox"/> un garçon Ton âge : ans</p>		
Depuis l'année dernière	OUI	NON
Es-tu allé(e) à l'hôpital pendant toute une journée ou plusieurs jours ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu été opéré(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu beaucoup maigri ou grossi ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu perdu connaissance ou es-tu tombé sans te souvenir de ce qui s'était passé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu reçu un ou plusieurs chocs violents qui t'ont obligé à interrompre un moment une séance de sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d'habitude ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu beaucoup de mal à respirer après un effort ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le cœur qui bat très vite) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depuis un certain temps (plus de 2 semaines)	OUI	NON
Te sens-tu très fatigué(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sens-tu que tu as moins faim ? que tu manges moins ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Te sens-tu triste ou inquiet ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pleures-tu plus souvent ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ressens-tu une douleur ou un manque de force à cause d'une blessure que tu t'es faite cette année ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aujourd'hui	OUI	NON
Penses-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Questions à faire remplir par tes parents	OUI	NON
Quelqu'un dans votre famille proche a-t-il eu une maladie grave du cœur ou du cerveau, ou est-il décédé subitement avant l'âge de 50 ans ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Êtes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous manqué l'examen de santé prévu à l'âge de votre enfant chez le médecin ? (Cet examen médical est prévu à l'âge de 2 ans, 3 ans, 4 ans, 5 ans, entre 8 et 9 ans, entre 11 et 13 ans et entre 15 et 16 ans.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Si tu as répondu OUI à une ou plusieurs questions, tu dois consulter un médecin pour qu'il t'examine et voit avec toi quel sport te convient.
Au moment de la visite, donne-lui ce questionnaire rempli.**

 <p>FFBS FÉDÉRATION FRANÇAISE BASEBALL & SOFTBALL Tél : 01 44 68 89 30</p> <p>medical@ffbs.fr www.ffbs.fr</p>	<p>Formulaire médical 2025/7</p> <p>ATTESTATION DE REPONSE NEGATIVE A L'ENSEMBLE DES RUBRIQUES DU QUESTIONNAIRE</p> <p>Relatif à l'état de santé du sportif mineur</p> <p>SAISON 2025</p>	<p><u>Adoption</u> : CD 19 juillet 2024</p> <p><u>Entrée en vigueur</u> : 1^{er} novembre 2024</p>
		<p>1 page</p>

Lorsque qu'un intéressé et/ou son représentant légal a coché de façon négative toutes les cases du questionnaire relatif à l'état de santé du sportif mineur, il peut se servir de cette attestation lors de sa prise initiale ou son renouvellement annuel de licence, pour justifier du respect de ses obligations en matière de suivi médical.

<p>FFBS – ATTESTATION SUR L'HONNEUR</p>	
<p>Je soussigné(e) *</p>	
<p>Représentant légal du sportif mineur :</p>	
<p>M., Mme (prénom et nom) *</p>	
<p>né(e) le * : / /</p>	
<p>licencié(e) à la Fédération Française de Baseball et Softball sous le numéro :</p>	
<p>Atteste qu'il a été répondu par la négative à l'ensemble des rubriques du questionnaire relatif à l'état de santé du sportif mineur de la Fédération Française de Baseball et Softball concernant le sportif mineur que je représente.</p>	
<p>Fait à</p>	<p>Le *</p>
<p>Signature du représentant légal * :</p>	<p>Signature du sportif mineur :</p>
<p>* Informations obligatoires</p>	

 <p>FFBS FÉDÉRATION FRANÇAISE BASEBALL & SOFTBALL Tél : 01 44 68 89 30 medical@ffbs.fr www.ffbs.fr</p>	<p>Formulaire médical 2025/1</p>	<p><i>Adoption :</i> CD 19 juillet 2024</p> <p><i>Entrée en vigueur :</i> 1^{er} novembre 2024</p>
	<p>CERTIFICAT MEDICAL D'ABSENCE DE CONTRE INDICATION A LA PRATIQUE SPORTIVE</p> <p>SAISON 2025</p>	<p>1 page</p>

Le formulaire ci-dessous constitue un exemple de Certificat médical type d'Absence de Contre-Indication (CACI) à la pratique sportive, ciblant spécifiquement la pratique des disciplines fédérales.

Le certificat doit être établi par un médecin titulaire du Doctorat d'Etat et rempli complètement : signature, n°RPPS et cachet professionnel du praticien obligatoires.

<p>FFBS - Certificat d'absence de contre-indication à la pratique des disciplines fédérales</p>	
<p>Je soussigné(e) *</p>	
<p>Certifie que :</p>	
<p>M., Mme (prénom et nom) *</p>	
<p>né(e) le * : / /</p>	
<p>ne présente pas de contre-indication, décelable ce jour, à la pratique :</p>	
<p>du baseball, du softball, du baseball5 et/ou du cricket,</p>	
<p><input type="checkbox"/> loisir <input type="checkbox"/> en compétition <input type="checkbox"/> loisir adaptée à la santé</p> <p>(cocher la ou les cases correspondantes)</p>	
<p>Fait à Le *</p>	
<p>Signature, n°RPPS et cachet professionnel *</p>	
<p>* Informations obligatoires</p>	

NOTICE

La commission fédérale médicale recommande que l'examen comporte les éléments suivants :

1 – Interrogatoire :

- Traitements antérieurs ou en cours ;
- Antécédents :
 - o médicaux,
 - o chirurgicaux,
 - o traumatiques (atteintes articulaires, osseuses, tendineuses, musculaires),
 - o gynéco-obstétricaux pour les femmes,
 - o familiaux ;
- Antécédents sportifs, sports ayant déjà été pratiqués ou encore pratiqués (catégorie, niveau, durée, performances, incidents ou accidents) ;
- Vaccinations conformément au calendrier vaccinal en vigueur ;
- Port éventuel de prothèses :
 - dentaires : dents sur pivot, dentiers, bridges,
 - oculaires : lunettes, verres de contact souples ou durs,
 - O.R.L. : diabolos. ;
- Bilan des facteurs de risques liés aux expositions au Tabagisme, alcool et autres produits ;
- Information sur les conduites dopantes et procédés interdits.

2 – Examen Clinique :

- Statur pondéral,
- Cardio-vasculaire : avec E.C.G. dès la première licence (au maximum à 12 ans), puis à 15 ans, puis entre 18 et 20 ans, puis tous les cinq ans.,
- Respiratoire,
- Locomoteur,
- Neurologique,
- Ophtalmique.

Points de vigilance pour l'examen clinique :

- Dépistage de troubles de la statique rachidienne,
- Dépistage des dystrophies de croissance,
- Dépistage des troubles de la vision +/- orientation OPH,
- Dépistage des troubles posturologiques +/- orientation podologue,
- Examen clinique des épaules,
- Adaptation cardiovasculaire,
- Vitamine D en fonction des besoins.

3 – Tests Fonctionnels en fonction des besoins :

- Adaptation cardio-vasculaire à l'effort dynamique ;
- Evaluation cardiologique avec échographie cardiaque, épreuve d'effort maximale à visée cardio-vasculaire (+/- mesure de la consommation maximale d'oxygène (VO₂ max) par méthode directe ou indirecte).

La Commission Médicale de la Fédération Française de Baseball et de Softball :

1- rappelle que l'examen médical permettant de délivrer ce certificat :

- engage la responsabilité du médecin signataire de ce certificat (article R.4127-69 du code de la santé publique [article 69 du code de déontologie]), seul juge de la nécessité d'éventuels examens complémentaires et seul responsable de l'obligation de moyen,
- ne doit jamais être pratiqué à l'improviste, sur le terrain ou dans les vestiaires avant une compétition, le certificat médical de complaisance est donc prohibé (article R.4127-28 du code de la santé publique [article 28 du code de déontologie]).

2 - précise que le contenu et la rigueur de l'examen doit tenir compte de l'âge et du niveau du pratiquant.

3 - conseille :

- de tenir compte des pathologies dites "de croissance" et des pathologies antérieures liées à la pratique des disciplines fédérales,
- de consulter le carnet de santé,
- de constituer un dossier médico-sportif.

4 - insiste sur le fait que les contre-indications à la pratique des disciplines fédérales :

- insuffisance staturo-pondérale,
- maladies cardio-vasculaires à l'origine de troubles à l'éjection ventriculaire gauche et/ou droit de troubles du rythme à l'effort ou lors de la récupération,
- lésions, pleuropulmonaires évolutives,
- affections morphologiques statiques et/ou dynamiques sévères en particulier du rachis dorso-lombaire, avec risque de pathologie aiguë ou d'usure accélérée,
- épilepsie, pertes de connaissance, vertiges, troubles de l'équilibre,

ne peuvent être relatives mais absolues, la compétition entraînant une prise de risque et une intensité d'effort non contrôlable.

Les pathologies pouvant occasionner des pertes de connaissances, telles que diabète, épilepsie, vertiges, troubles de l'équilibre ainsi que toute autre pathologie neurologique, ne peuvent constituer une contre-indication absolue, mais devront faire l'objet d'une attention particulière tenant compte de leur équilibre et du risque d'une possible décompensation en situation d'exercice des disciplines.

5 - préconise :

- une épreuve cardio-vasculaire d'effort à partir de 35 ans compte tenu des autres facteurs de risques cardiovasculaires,
- une mise à jour des vaccinations conformément au calendrier vaccinal en vigueur,
- une surveillance biologique élémentaire.

L'attention des médecins est attirée sur les risques lombaires potentiels dus à la pratique de haute intensité. Si des signes d'appels sont décelés, il est conseillé d'envisager la réalisation d'exams complémentaires iconographiques (IRM, examen radiologique).

ATTESTATION

CONTRÔLE DE L'HONORABILITÉ

Article L212-9 du code du sport

J'atteste sur l'honneur :

Exercer des fonctions d'**éducateur sportif bénévole** (article L. 212-1 du code du sport)

Sont considérés comme tels les encadrants bénévoles, à savoir toute personne sollicitant une licence, titulaire ou non d'un diplôme fédéral, qui exerce des fonctions d'entraînement, d'enseignement, d'animation ou d'encadrement d'une activité physique et sportive, à titre principal ou secondaire, de façon habituelle, saisonnière ou occasionnelle, au sein d'un club affilié ou d'une structure fédérale (Comité, Ligue, Fédération). Ex. : entraîneur, animateur.

Exercer des fonctions d'**exploitant d'établissement d'activités physiques et sportives** (article L. 322-1 du code du sport)

Sont considérés comme tels les dirigeants, à savoir toute personne sollicitant une licence qui exerce des fonctions de direction et/ou d'organisation de la pratique sportive au sein d'un club affilié ou d'une structure fédérale (Comité, Ligue, Fédération). Ex. : membre d'une instance dirigeante (bureau et/ou du comité directeur), manager.

Exercer des fonctions d'**arbitre ou juge** (article L. 223-1 du code du sport)

Sont considérés comme tels les arbitres et/ou scoreurs officiant pendant les rencontres.

Intervenir auprès de mineurs au sein d'un établissement d'activités physiques et sportives (article L. 212-9 du code du sport)

Sont considérés comme tels les intervenants auprès de mineurs au sein d'un club affilié ou d'une structure fédérale (Comité, Ligue, Fédération), le cas échéant, à un autre titre. Ex. : accompagnateur, conducteur, soigneur.

Je reconnais que la licence que je sollicite me permet d'accéder aux fonctions d'éducateur sportif et/ou d'exploitant d'établissement d'activités physiques et sportives et/ou d'arbitre et/ou juge et/ou d'intervenant auprès de mineurs au sens des articles L. 212-1, L. 322-1, L. 223-1 et L. 212-9 du code du sport.

À ce titre, j'ai compris que les éléments constitutifs de mon identité seront transmis par la Fédération française de baseball et softball aux services de l'État afin qu'un contrôle automatisé de mon honorabilité soit effectué au sens de l'article L. 212-9 du code du sport.

Dans l'hypothèse où le contrôle mettrait en évidence une condamnation incompatible avec les fonctions exercées, une notification me sera adressée, ainsi qu'à la fédération et au club au sein duquel j'exerce. Je serai alors dans l'obligation de quitter mes fonctions. A défaut, une sanction pénale pourra être prononcée en application des articles L. 212-10 et L. 322-4 du code du sport.

Femme Homme

nom d'usage :

nom de naissance (= inscrit sur l'acte de naissance) :

premier prénom (= inscrit sur l'acte de naissance) :

date de naissance :

je suis né.e en France :

département de naissance :

commune de naissance :

je suis né.e à l'étranger :

pays de naissance :

ville de naissance :

Date :

Signature précédée de la mention « lu et approuvé »