



## **SURCLASSEMENT**

### **Saison 2024/2025**

(ne nécessitant pas un imprimé spécifique  
et un examen par un médecin agréé)

### **CERTIFICAT MÉDICAL**

*(à remplir par le médecin)*

Je soussigné, Docteur.....  
certifie avoir examiné ce jour M./Mme .....  
et n'avoir décelé aucune contre-indication apparente pour pratiquer  
le Basketball en compétition dans la catégorie immédiatement  
supérieure dans le respect de la réglementation en vigueur au sein  
de la FFBB.

Fait le ..... /...../..... à .....

Signature et cachet obligatoire du praticien :