



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 :