



**Certificat Médical**  
Saison 2024/2025

**CERTIFICAT MEDICAL**

(à remplir par le médecin - \*Cocher la case correspondante)

Je soussigné, Docteur .....certifie avoir examiné ce jour M./Mme ..... et n'avoir décelé aucune contre-indication apparente :

pour la pratique sportive :

- la pratique du basket en compétition ou du sport en compétition (pratique compétitive y compris loisir)\*

FAIT LE ...../...../..... A .....

Signature et cachet obligatoire du praticien :





**Surclassement**  
Saison 2024/2025  
(ne nécessitant pas un imprimé spécifique et un examen par un médecin agréé)

**SURCLASSEMENT**

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 ...../...../..... A .....

Signature et cachet obligatoire du praticien :