

## **CERTIFICAT MEDICAL**

*(à faire remplir par le médecin)*

Je soussigné, Docteur ..... certifie avoir examiné  
.....et n'avoir pas constaté à  
la date de ce jour des signes apparents contre-indiquant la pratique du basket en  
compétition.

### **SURCLASSEMENT :**

**OUI :**

..... peut pratiquer le Basketball  
dans la catégorie immédiatement supérieure dans le respect de la réglementation  
en vigueur au sein de la FFBB.

**NON**

Fait à ..... le .....

Signature du médecin :

Cachet