



## Certificat Médical

Saison 2024/2025

**A remplir par le médecin - \*Cocher la case correspondante**

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

- Pour la pratique sportive du basket en compétition (y compris loisir et basket fit) \*
- Pour la pratique non compétitive du basket ou du sport en « Vivre Ensemble » \*

Fait le ...../...../..... à .....

Signature et cachet obligatoire du praticien :

)

## Demande de surclassement

Saison 2024/2025

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

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 :