



**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)\*

pour la pratique du Vivre Ensemble :

- la pratique du basket ou du sport (pratique non compétitive – Vivre Ensemble)\*.

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 :