



**CERTIFICAT MÉDICAL**  
**Saison 2023/2024**

**FFBB**

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

Fait le ..... /...../..... à .....

Signature et cachet obligatoire du praticien :