



Certificat Médical
Saison 2026/2027

CERTIFICAT MEDICAL

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

Je soussigné, Docteurcertifie 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 2026/2027

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

SURCLASSEMENT

Je soussigné, Docteurcertifie
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 :