

CERTIFICAT MÉDICAL

SAISON 2026-2027

CERTIFICAT MÉDICAL

(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 / / à

Signature et cachet obligatoire du praticien :

