

SURCLASSEMENT

SAISON 2026-2027

(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
règlementation en vigueur au sein de la FFBB.

Fait le / / à

Signature et cachet obligatoire du praticien :