



Certificat Médical
Saison 2024/2025

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 :