



**Certificat Médical**  
Saison 2024/2025

**CERTIFICAT MEDICAL**

*(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 ...../...../..... A .....

Signature et cachet obligatoire du praticien :