



1 avenue Édouard Belin  
31400 Toulouse  
+33 5 62 17 9000

**CERTIFICAT MÉDICAL DE NON CONTRE-INDICATION**  
À LA PRATIQUE ET À L'ENCADREMENT  
**DU BASKET-BALL**  
(DATÉ DE MOINS D'UN AN À LA DATE DES  
TESTS D'ENTRÉE EN FORMATION)

Je soussigné(e)..... ,  
docteur en médecine, atteste avoir examiné :

M./Mme ..... ,  
Né(e) le..... ,

et avoir constaté à la date de ce jour, qu'il (qu'elle) ne présente aucune contre-indication à la pratique  
et à l'encadrement du Basket-ball.

Observations :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Fait à .....  
.....  
le .....  
.....

*(Signature et cachet du médecin obligatoires)*