



**Certificat Médical**  
Saison 2025/2026

**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 :