



**CERTIFICAT MEDICAL - SAISON 20..... - 20.....**

Je soussigné(e).....Docteur en médecine

Atteste avoir examiné aujourd'hui M.....

Né le .....

Et n'avoir constaté, à la date de ce jour, aucun signe clinique apparent contre-indiquant la pratique du basket-ball.

Fait à .....le .....

Identification du médecin

Signature

Le sportif reconnaît par sa signature s'engager à ne pas consommer de produits dopants repris sur la liste des interdictions consultable sur le site [www.dopage.cfwb.be](http://www.dopage.cfwb.be)

En cas de dopage avéré, le C.E. se réserve le droit de prendre les mesures adéquates.

Date.....et signature du sportif



**CERTIFICAT MEDICAL - SAISON 20..... - 20.....**

Je soussigné(e).....Docteur en médecine

Atteste avoir examiné aujourd'hui M.....

Né le .....

Et n'avoir constaté, à la date de ce jour, aucun signe clinique apparent contre-indiquant la pratique du basket-ball.

Fait à .....le .....

Identification du médecin

Signature

Le sportif reconnaît par sa signature s'engager à ne pas consommer de produits dopants repris sur la liste des interdictions consultable sur le site [www.dopage.cfwb.be](http://www.dopage.cfwb.be)

En cas de dopage avéré, le C.E. se réserve le droit de prendre les mesures adéquates.

Date.....et signature du sportif