Certificat Médical — Saison 2025-2026

Coordonnées du sportif :

Nom	
Prénom	
Date de naissance	
Lieu de naissance	
Lieu de résidence	

Je soussigné(e),

…… Docteur en Médecine à ……

atteste avoir examiné aujourd'hui le ***sportif*** susmentionné 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 du médecin

Le sportif et/ou ses parents s'il est mineur *reconnaissent par leur signature qu'ils ont parfaite connaissance du décret de la Communauté française du 20 octobre 2011 relatif à la lutte contre le dopage et qu'ils ont pris connaissance et acceptent le règlement antidopage de l'AWBB et le règlement de procédure de la C.I.D.D. (Commission Interfédérale Disciplinaire en matière de Dopage), instance disciplinaire de l'AWBB en matière de violation des règles antidopage.*
Ils *acceptent irrévocablement que toutes les poursuites disciplinaires pour fait de dopage, tel que défini par le décret de la Communauté française du 20 octobre 2011 et le règlement antidopage de l'AWBB seront portées devant la C.I.D.D., seule instance disciplinaire compétente à son égard.*
»

Date + Signature Sportif	Signature représentant légal (Parent/Tuteur - Si le joueur mineur)
Date :	

⚠️ **Tous les champs grisés sont obligatoires** ⚠️