الرابطة الجهوية الوسطى لكرة السلة

ⵅⴰⵎⵓⵏⵜ ⵜⴰⵎⵏⴰⵏⵜ ⵏ ⵜⴰⵣⵣⴰⵎⴰⵜ ⵏ ⵍⵍⴰⴹⴰⵅ ⵏ ⵜⴰⵎⵄⵓⵍⵜ

Regional Center Basket-Ball League

Numéro et date d'agrément de la LRCBB : **11/22** du **16 février 2022.** – Numéro d'identification fiscale (NIF) : **162302222110.**

Certificat Médical de Surclassement

U18

Je soussigné, Cardiologue ..... certifie avoir examiné M / Mme ..... et n'avoir pas constaté à la date de ce jour des signes apparents contre-indiquant :

- la pratique du basket-ball en compétition ou du sport en compétition

Photo

SURCLASSEMENT

Si oui case ci-dessous à cocher et champs à renseigner

☐

M/Mme..... peut pratiquer le Basketball en compétition dans la **catégorie sénior** dans le respect de la règlementation en vigueur au sein de la LRCBB.

Fait Le ...../...../..... A .....

Signature du Cardiologue : Cachet :