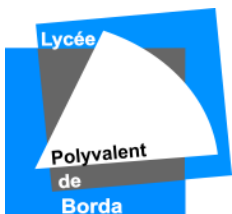




Région académique  
NOUVELLE-AQUITAINE



**Certificat de non contre indication  
à la pratique du BASKET 2020/2021**  
(à faire compléter par un médecin diplômé titulaire  
du CES de médecine sportive)

Je soussigné (e), Docteur : .....,  
Certifie avoir examiné ce jour :

NOM : .....

Prénom : .....,

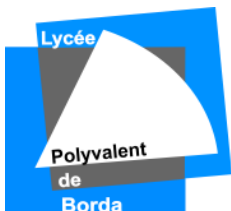
et qu'il (qu'elle) ne présente cliniquement aucune contre-indication à la pratique  
du BASKET dans le cadre de la section sportive scolaire.

Date :

Signature du médecin :



Région académique  
NOUVELLE-AQUITAINE



**Certificat de non contre indication  
à la pratique du BASKET 2020/2021**  
(à faire compléter par un médecin diplômé titulaire  
du CES de médecine sportive)

Je soussigné (e), Docteur : .....,  
Certifie avoir examiné ce jour :

NOM : .....

Prénom : .....,

et qu'il (qu'elle) ne présente cliniquement aucune contre-indication à la pratique  
du BASKET dans le cadre de la section sportive scolaire.

Date :

Signature du médecin :