



**CERTIFICAT MEDICAL**  
**Saison 2023 – 2024**

Je soussigné(e), ..... Docteur en Médecine à .....  
atteste avoir examiné aujourd'hui Mlle/ Mme/ M. ....  
né(e) le ....., à ..... habitant .....  
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 qu'il a parfaite connaissance du décret de la  
Communauté française du 20 octobre 2011 relatif à la lutte contre le dopage et qu'il a pris  
connaissance et accepte 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.  
Il accepte 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 ..... et signature du sportif et, le cas échéant, celle d'un de ses  
représentants légaux.