CERTIFICAT MEDICAL
Saison 2019 – 2020

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.