CERTIFICAT MEDICAL
Saison 2018 – 2019

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 basketball.

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.

……. ……..

Coordonnées du joueur : veuillez les vérifier, les corriger ou compléter. Merci

Nom : ……
Adresse : …….
Téléphone : ……..
GSM joueur : ……
Email : ……..

Les statuts de la Fédération imposent à ses affiliés un parfait comportement autour des terrains de jeu sous peine de sanctions telles suspensions, amendes, etc…
Toute personne affiliée au Rebond Musson passible d'une telle sanction, sera redevable envers le club du montant de l'amende encourue ainsi que des frais d'instance mis à sa charge. Le remboursement de ces montants devra être effectué au club avant toute reprise d'activité.

Pour accord : date et signature : ……..