



**Imprimé à joindre au document
bleu de demande de surclassement**

Commission Médicale Régionale

Attestation ECG surclassement joueur(se)

Je soussigné Docteur : Médecin agréé numéro.....

Certifie avoir examiné ce jour le/la Licenciée

NOM Prénom né(e) le .. / .. /

L'interprétation de l'ECG que j'ai (fait) pratiqué le. .. / .. / est la suivante :

Normal : oui

non Interprétation dans ce cas :

.....
Autres examens (le cas échéant) réalisés :
.....
.....
.....

Au vu de l'examen clinique et des explorations complémentaires pratiqués, je certifie que le/la licenciée ne présente aucune contre indication à la pratique du basket-ball en compétition dans la catégorie suivante :

U13 U15 U17 U20 et SENIORS

L'ECG a été remis en main propres à l'intéressé(e) et/ou son représentant légal qui le fournira sur demande au médecin régional de la ligue.

Fait le

Cachet et signature du médecin agréé