

Tél : 01.53.94.25.82 – Fax : 01.53.94.26.87

Docteur en médecine Demande d'agrément FFBB

Nom : Prénom :

Date de naissance Lieu

Adresse

Domicile :

.....
.....

Code Postal : _ _ _ _ _ Ville : Tél : _ / _ / _ / _ / _ / _ /

Cabinet :

.....
.....

Code Postal : _ _ _ _ _ Ville : Tél : _ / _ / _ / _ / _ / _ /

Mail (cette adresse ne sera pas communiquée et est réservée à la Commission Médicale Fédérale) :

Thèse

Date : Faculté :

Généraliste :

Spécialiste :

Quelle spécialité :

Diplôme médecin du sport

Exercez-vous :

- Au sein d'une autre fédération
laquelle oui non

- Au sein d'un club
lequel oui non

- Dans un C. M. S ou autre :
lequel oui non

- Disposez-vous d'un ECG ? oui non

Je déclare avoir pris connaissance des
dispositions relatives à l'agrément fédéral
et y souscrire sans réserve

cachet professionnel

Signature

photo d'identité obligatoire

Date

Avis du médecin régional – Ligue de

Cachet :

Date :

Décision du Président de la Commission Fédérale Médicale de la FFBB

Cachet :

Date :

Agrément N°.....

Saison :

Délivrée le :

Ce formulaire doit être conservé par le médecin régional