

Ligue Régionale :

Comité Départemental/Territorial:.....

Docteur en médecine
Demande d'agrément FFBB
(Joindre obligatoirement une photo d'identité couleur)

Nom : Prénom :

Date de naissance : Lieu :

Adresse Domicile :

.....

Code Postal : _____ Ville : Tél :

Adresse Cabinet :

.....

Code Postal : _____ Ville : Tél :

Adresse 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 oui non
laquelle.....

- Au sein d'un club oui non
lequel.....

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

- 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 et signature :

Date :

Avis du médecin régional – Ligue Régionale de

Favorable oui non

Cachet et signature :

Date :

*A envoyer par voie postale à FFBB - Commission Fédérale Médicale, 117 rue du Château des Rentiers 75013
PARIS OU par mail à medicale@ffbb.com*

Décision du Président de la Commission Fédérale Médicale :

Favorable oui non

Cachet et signature :

Date :

Agrément N°.....

Saison :

Délivrée le :

Une fois validé par la Commission Fédérale Médicale ce formulaire doit être conservé par le médecin régional.