

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  
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 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](mailto: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.*