



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*

Décision du Président de la Commission Médicale Fédérale :

Favorable oui non

Cachet et signature :

Date :

Agrément N°.....

Saison :

Délivrée le :

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