



CERTIFICAT MÉDICAL

Prénom(s) et nom(s) de famille de l'arbitre (en majuscules) :

Pays :

Prénom(s) et nom(s) de famille du médecin (en majuscules):

Pays :

Date et lieu de l'examen médical:

Je soussigné(e), docteur en médecine, confirme par le présent certificat que :

1. L'arbitre susmentionné ne présente aucune maladie qui pourrait l'empêcher d'arbitrer un match de basketball. L'examen physique, y compris les antécédents médicaux cardio-vasculaires complets et l'ECG, ne présente aucun signe de pathologie.
2. Il n'a aucune contre-indication médicale pour effectuer un test d'aptitude physique extrême, y compris les tests d'aptitude physique de la FIBA (de base ou Elite Yo-Yo).

Date (jour/mois/année)

Signature et cachet du médecin traitant

Ce Certificat médical est valable pour 12 mois et doit être présenté par l'arbitre à l'organisateur de la compétition de basketball lorsque requis.

Note : Le texte anglais prévaut en cas de différence entre les trois langues: anglais, espagnol et français, concernant le sens ou l'interprétation d'un mot ou d'une phrase.