

FFBB  
Commission Fédérale Médicale  
117, rue du Château des Rentiers  
75013 PARIS

Ligue de .....

Comité départemental : .....

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 : \_/ \_/ \_/ \_/ \_/ \_/

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

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

cachet professionnel

photo d'identité  
obligatoire

Signature

Date

Avis du médecin régional – Ligue de .....

Cachet :

Date :

---

Décision du Président de la Commission Fédérale Médicale de la FFBB

Cachet :

Date :

---

Agrément N° .....

Année : .....

Délivrée le : .....

Ce formulaire doit être conservé par le médecin régional