

Docteur en médecine Demande d'agrément FFBB

Nom Prénom
Date de naissance Lieu

Adresses

Domicile

Code postal Ville Tél.

Cabinet

Code postal Ville

Tél. Portable Fax

Thèse

Date : Faculté

Généraliste

Spécialiste Quelle spécialité :

CES de la médecine du sport

Exercez-vous :

- Au sein d'une fédération Oui Non
Laquelle

- Au sein d'un club Oui Non
Lequel

- Dans un C.M.S. ou autre Oui Non
Lequel

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

Cachet professionnel

Photo identité récente

Signature

Date

Avis du médecin départemental :

Cachet :

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

Carte N°

Délivrée le

Ce formulaire doit être conservé par le médecin régional