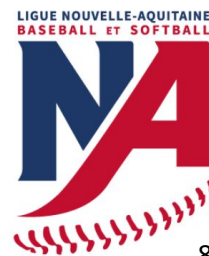




Raiders Eysines Baseball & Softball Club

8 rue Paul Dukas - 33320 EYSINES - Tél : 07 81 31 26 31
Site internet : www.raiders-eyssines.fr - Email : contact@raiders-eyssines.fr



8.

 FFBS FÉDÉRATION FRANÇAISE BASEBALL & SOFTBALL Tél : 01 44 68 89 30 medical@ffbs.fr www.ffbs.fr	Formulaire médical 2027/7 ATTESTATION DE REPONSE NEGATIVE A L'ENSEMBLE DES RUBRIQUES DU QUESTIONNAIRE Relatif à l'état de santé du sportif mineur SAISON 2027	Adoption : CD 1^{er} juillet 2026 Entrée en vigueur : 1^{er} novembre 2026
		1 page

Lorsque qu'un intéressé et/ou son représentant légal a coché de façon négative toutes les cases du questionnaire relatif à l'état de santé du sportif mineur, il peut se servir de cette attestation lors de sa prise initiale de licence ou son renouvellement annuel, pour justifier du respect de ses obligations en matière de suivi médical.

FFBS – ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e) *

Représentant légal du sportif mineur :

M., Mme (prénom et nom) *

né(e) le * : / /

licencié(e) à la Fédération Française de Baseball et Softball sous le numéro :

Atteste qu'il a été répondu par la négative à l'ensemble des rubriques du questionnaire relatif à l'état de santé du sportif mineur de la Fédération Française de Baseball et Softball concernant le sportif mineur que je représente.

Fait à Le *

Signature du représentant légal * :

Signature du sportif mineur :

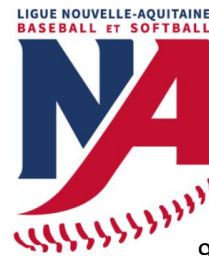
* Informations obligatoires





Raiders Eysines Baseball & Softball Club

8 rue Paul Dukas - 33320 EYSINES - Tél : 07 81 31 26 31
Site internet : www.raiders-eyssines.fr - Email : contact@raiders-eyssines.fr



9.

Si une ou plusieurs réponses « Oui » au questionnaire de santé

CERTIFICAT MEDICAL D'ABSENCE DE CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE SPORTIVE

(votre médecin peut vous remettre son propre modèle de certificat médical
le club doit posséder l'original de ce certificat)

Le certificat doit être établi par un médecin titulaire du Doctorat d'Etat et rempli complètement :
signature, n°RPPS et **cachet professionnel** du praticien obligatoires.

FFBS - Certificat d'absence de contre-indication à la pratique des disciplines fédérales

Je soussigné(e) *

Certifie que :

M., Mme (prénom et nom) *

né(e) le * : / /

ne présente pas de contre-indication, décelable ce jour, à la pratique :

du baseball, du softball, du baseball5 et/ou de leurs déclinaisons handicap et sport adapté,

- ☐ loisir
- ☐ en compétition
- ☐ loisir adaptée à la santé

(cocher la ou les cases correspondantes)

Fait à Le *

Signature, n°RPPS et cachet professionnel *

* Informations obligatoires

