



FFHANDBALL

CERTIFICAT MÉDICAL

(Article L231-2 du code du sport)

Je soussigné(e), docteur

certifie avoir examiné ce jour M. M^{me}

né(e) le (jj/mm/aaaa) :

et n'avoir décelé aucune contre-indication à la pratique du handball en compétition ou en loisir.

Date (jj/mm/aaaa) :

Signature et tampon du praticien *obligatoires*

IDENTITÉ COMPLÈTE DU MEDECIN (Nom, Prénom, adresse postale) ET N° D'IMMATRICULATION (RPPF ou AMELI) PARFAITEMENT LISIBLES :
S'il s'agit d'un médecin remplaçant, les 2 tampons (celui du médecin titulaire + celui du médecin remplaçant) doivent apparaître sur le document ! Les deux Nos d'immatriculation doivent être lisibles ;

Données morphologiques facultatives communiquées pour permettre une analyse globale fédérale anonymée :

Taille :

Latéralité : Gaucher - Droitier - Ambidextre

FÉDÉRATION FRANÇAISE DE HANDBALL

1, rue Daniel-Costantini, CS 90047 | T. +33 (0)1 56 70 72 72 | ffb@ffhandball.net
94046 CRÉTEIL Cedex | F. +33 (0)1 56 70 73 00 | www.ff-handball.org

Association loi 1901 - N° Siret : 784.544.769.00044 / N° APE : 9319 Z