



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

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

FÉDÉRATION FRANÇAISE DE HANDBALL

16, avenue Raspail - CS 30312 | T. +33 (0)1 46 15 03 55 | ffb@handball-france.eu
94257 GENTILLY Cedex | F. +33 (0)1 70 76 75 92 | www.ff-handball.org
Association loi 1901 - N° Siret : 784.544.769.00028 / N° APE : 9319 Z

**!/ \ LE NUMÉRO D'IDENTIFICATION DU MÉDECIN ET SON TAMPON DOIVENT ÊTRE PARFAITEMENT DISTINCTS AFIN QUE LES INFORMATIONS SOIENT LISIBLES SUR UN SCANN. CETTE LISIBILITÉ SERA IMPÉRATIVE POUR VALIDATION PAR LA LIGUE. !/ **