



FFHANDBALL

CERTIFICAT MÉDICAL

(Article L231-2 du code du sport)

Je soussigné(e), docteur

certifie avoir examiné ce jour M. Mme

né(e) le (jj/mm/aaaa) :

et n'avoir décelé aucune contre-indication à la pratique sportive 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 anonymée :

Tampon lisible n°RPPS et signature du médecin, si remplaçant ajouter aussi le tampon du médecin remplacé + son n°RPPS !

FÉDÉRATION FRANÇAISE DE HANDBALL

1, rue Daniel-Costantini, CS 90047 | T. +33 (0)1 56 70 72 72 | ffb@ffhandball.net
94 046 CRÉTEIL Cedex | F. +33 (0)1 56 70 73 00 | www.ffhandball.fr

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