

CERTIFICAT MEDICAL ANNUEL DE NON CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE DU HANDBALL

Je soussigné(e),

Docteur en
médecine,

Domicilié

certifie avoir examiné

Nom, prénom

Né(e) le

Demeurant

Appartenant à l'association sportive

dont les données morphologiques sont les suivantes :

Taille = cm	Poids = kg
-------------------	------------------

et n'avoir pas constaté à la date de ce jour de signes cliniques apparents contre-indiquant la pratique du handball en compétition.

Certificat fait pour servir et valoir ce que de droit sur la demande de l'intéressé et remis en mains propres.

Fait à
le

Cachet du médecin

Signature du médecin