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 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 anonymée :

FÉDÉRATION FRANÇAISE DE HANDBALL
16, avenue Raspail - CS 30312 | T. +33 (0)1 46 15 03 55 | ffhb@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