



SAISON 2017 / 2018

CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné(e), docteur _____

certifie avoir examiné ce jour M. – Mme * _____

() rayez la mention inutile*

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 :

Taille : ____ m ____ cm

Poids : ____ kg