



CERTIFICAT MÉDICAL ANNUEL DE NON CONTRE-INDICATION À LA PRATIQUE DU HANDBALL DE HAUT-NIVEAU

Je soussigné(e),

Docteur

Demeurant

Certifie avoir examiné,

Mademoiselle

Madame

Monsieur

Nom, Prénom

Né(e) le

Demeurant

Appartenant au Club

*Et n'avoir pas constaté à la date de ce jour de signes cliniques
apparents contre-indiquant la pratique du Handball de Haut-Niveau.*

Fait à

Le

Cachet du Médecin

Signature du Médecin