



CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné(e), docteur _____

certifie avoir examiné ce jour Mr. * - 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 communiquées pour permettre une analyse globale fédérale :

Taille : ____ m ____ cm

Poids : ____ kg