



FFHANDBALL

CERTIFICAT MÉDICAL

(Article L231-2 du code du sport)

Je soussigné(e), docteur

certifie avoir examiné ce jour M. M^{me}

né(e) le (jj/mm/aaaa) :

et n'avoir décelé aucune contre-indication à la pratique sportive 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 :

Cadre réservé aux demandes de surclassement :

- De toutes les équipes jeunes
- Des 1^{ères} / 2^{èmes} divisions territoriales (M et F) (dans la limite de 5 joueurs par équipe)

Réservé au médecin

Jugé apte au surclassement : Oui Non Catégorie d'âge :

Date et cachet du médecin

Réservé au représentant légal

Je soussigné autorise mon enfant à jouer dans
la catégorie avec son club.

Date et signature :

Document à retourner à Patricia NOVIANT : 5400000.pnoviant@ffhandball.net

FÉDÉRATION FRANÇAISE DE HANDBALL

1, rue Daniel-Costantini, CS 90047 | T. +33 (0)1 56 70 72 72 | ffb@ffhandball.net
94046 CRÉTEIL Cedex | F. +33 (0)1 56 70 73 00 | www.ffhandball.fr

Association loi 1901 - N° Siret : 784.544.769.00044 / N° APE : 9319 Z