



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 | ffb@ffhandball.net
94257 GENTILLY Cedex | F. +33 (0)1 70 76 65 92 | www.ff-handball.org
Association loi 1901 - N° Siret : 784 644 768 00034 / N° APS : 0319 2