CERTIFICAT MÉDICAL

Club : HandBall Mothais n°6079029

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 sportive en compétition ou en loisir.

Date *(jj/mm/aaaa)* :

Signature et tampon du praticien
obligatoires

Si vous êtes médecin remplaçant ou interne, merci d'indiqué les coordonnées du médecin remplacé, son n° RPPS et n° de licence si vous n'en avez pas, merci :