**Ligue de Handball des Pays de la Loire**

 2 Rue Guynemer – 49500 Segré

Tél : 02.41.26.26.26 – Fax : 02.41.26.27.00 @ : handballpaysdelaloire@wanadoo.fr – Site : [www.handball-paysdelaloire.fr](http://www.handball-paysdelaloire.fr/)

N° Siret : 316.316.678.000.36 – N° APE : 9312 Z

# CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné(e), docteur \_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ certifie avoir examiné ce jour **M. – 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 facultatives communiquées pour permettre une analyse globale fédérale anonymée :*

Taille : \_\_\_\_ m\_\_\_\_\_\_ cm

Poids : \_\_\_\_\_\_ kg

