

**CERTIFICAT MEDICAL DE BASE  
SAISON 2019 – 2020**

◆ JE SOUSSIGNE, DOCTEUR EN MEDECINE,

NOM : .....

PRENOM : .....

N° CONSEIL DE L'ORDRE : .....

◆ CERTIFIE AVOIR EXAMINE CE JOUR, SELON LES DIRECTIVES DE LA COMMISSION MEDICALE DE LA F.A.H.B (DOSSIER MEDICAL DE BASE) LE JOUEUR :

NOM : .....

PRENOM : .....

NE LE : .....A.....

◆ ET

CERTIFIE N'AVOIR CONSTATE, A LA DATE DE CE JOUR AUCUN SIGNE CLINIQUE OU BIOLOGIQUE, QUI CONTRE-INDIQUE LA PRATIQUE DU HAND-BALL.

☞ FAIT A : .....

☞ LE : .....

◆ NOM LISIBLE SIGNATURE ET GRIFFE DU MEDECIN.

◆ VISA ET CACHET PRESIDENT DU CLUB.

◆ VISA ET CACHET SECRETAIRE GENERAL DU CLUB.