

**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.