



**FFHANDBALL**

# CERTIFICAT MÉDICAL

(Article L231-2 du code du sport)

Je soussigné(e), docteur \_\_\_\_\_

certifie avoir examiné ce jour  M.  M<sup>me</sup>

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 | [ffhb@handball-france.eu](mailto:ffhb@handball-france.eu)  
94257 GENTILLY Cedex | F. +33 (0)1 70 76 75 92 | [www.ff-handball.org](http://www.ff-handball.org)

Association loi 1901 - N° Siret : 784.544.769.00028 / N° APE : 9319 Z