

CERTIFICAT MEDICAL PREALABLE A

***la pratique du sport ou du Hockey en COMPETITION** (licences séries « compétition », « entraîneur » et « arbitre »)

***la pratique d'une activité sportive ou du hockey NON COMPETITIVE** (licence série Loisir)

**rayer la mention inutile*

Je soussigné(e)

Docteur

Demeurant

N°RPPS

 (Numéro composé de 11 chiffres)

Répertoire Partagé des Professionnels de Santé

Mention OBLIGATOIRE

Certifie avoir examiné

Mademoiselle

☐

Madame

☐

Monsieur

☐

Nom, Prénom

Né(e) le

Demeurant

Appartenant à l'association sportive

Et n'avoir pas constaté à la date de ce jour de signes cliniques apparents **contre indiquant la pratique du sport ou du Hockey**

Simple surclassement pour la discipline du Hockey sur Gazon

accordé

☐

non accordé

☐

Simple surclassement pour la discipline du Hockey en Salle

accordé

☐

non accordé

☐

Le

Cachet du médecin

Signature du médecin