



CERTIFICAT MEDICAL ANNUEL PREALABLE A

***la pratique du sport en COMPETITION**

(licences séries « compétition » et « service » fonctions « entraîneur » et « arbitre »)

***la pratique d'une activité sportive 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 hockey sur Gazon**

Simple surclassement **accordé**

non accordé

- **Du hockey en salle**

Simple surclassement **accordé**

non accordé

Le

Cachet du médecin

Signature du médecin