



CERTIFICAT MÉDICAL

(Pratique du Hand-Santé)

Je soussigné(e), docteur (nom et prénom) :

certifie avoir examiné ce jour (nom et prénom) :

né(e) le (jj/mm/aaaa) :

et n'avoir décelé aucune contre-indication à la pratique sportive en loisir

Date de l'examen (jj/mm/aaaa) :

Signature et tampon du praticien (obligatoire)



www.hbsud79.com



secretariat.hbsud79@gmail.com



[HBSUD79](https://www.facebook.com/HBSUD79)



[handballsud79](https://www.instagram.com/handballsud79)