

A FAIRE REMPLIR OBLIGATOIREMENT POUR TOUS LES LICENCIÉS SAUF LES DIRIGEANTS  
**LE CERTIFICAT DOIT ÊTRE OBLIGATOIREMENT DATÉ APRÈS LE 01 JUIN 2022**

**TAILLE EN CM:** \_\_\_\_\_



**FFH**ANDBALL

## **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 sportive 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

1, rue Daniel-Costantini, CS 90047 | T. +33 (0)1 56 70 72 72 | [ffhb@ffhandball.net](mailto:ffhb@ffhandball.net)  
94046 CRÉTEIL Cedex | F. +33 (0)1 56 70 73 00 | [www.ffhandball.fr](http://www.ffhandball.fr)

Association loi 1901 - N° Siret : 784.544.769.00044 / N° APE : 9319 Z

**ADRESSE DE RETOUR DE TOUS LES DOCUMENTS**  
**DRAGUIGNAN VAR HANDBALL**  
**AVENUE DU 551<sup>ÈME</sup> BATAILLON DE PARACHUTISTES AMÉRICAINS - 83300 DRAGUIGNAN**  
**OU PAR MAIL [6383007@ffhandball.net](mailto:6383007@ffhandball.net)**