



# CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné(e), docteur \_\_\_\_\_

certifie avoir examiné ce jour **M. – M<sup>me</sup> \*** \_\_\_\_\_

(\*) rayez la mention inutile

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 :*

Taille : \_\_\_\_ m \_\_\_\_ cm

Poids : \_\_\_\_ kg

Droitier  Gaucher  Ambidextre