



**FFHANDBALL**

# 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 du handball 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**

16, avenue Raspail - CS 30312 | T. +33 (0)1 46 15 03 55 | [ffhb@handball-france.eu](mailto:ffhb@handball-france.eu)  
94257 GENTILLY Cedex | F. +33 (0)1 70 76 75 92 | [www.ff-handball.org](http://www.ff-handball.org)

ASSOCIATION 001 1901 - N. Siret 724 544 769 00028 | N° APE : 9319 Z