



CERTIFICAT MEDICAL

**A FAIRE COMPLETER PAR LE MEDECIN
ET
A CONSERVER PAR LE CERCLE**

Nom du club :

Vignette mutuelle

.....

OU

Nom : **Prénom :**

Type de handicap :

Date de naissance : **NISS :**

- Autre(s) pathologie(s) :
 affection cardio-vasculaire :
- allergies :
- asthme :
- autres :
- Date du dernier vaccin ou rappel antitétanique

- J'estime que les précautions suivantes seraient utiles : (remarques, restrictions ou interdictions éventuelles de certains mouvements ou disciplines sportives)

.....
.....

Traitement :

L'intéressé doit-il prendre des médicaments ? oui ☉ non ☉
Si oui, lesquels ?

.....
.....

Certifié complet, cachet, date et signature du médecin

Le



**CERTIFICAT DE
NON CONTRE-INDICATION À LA PRATIQUE SPORTIVE**

**A FAIRE COMPLETER PAR LE MEDECIN
ET
A RENVOYER OBLIGATOIREMENT A
FéMA
Rue de France, 35
5600 PHILIPPEVILLE**

Nom du club :

Vignette mutuelle

Type de handicap

ET

OU

Nom :	Prénom :
Type de handicap :	
Date de naissance :	NISS :

Je soussigné, docteur en médecine, affirme que l'examen du sportif dont l'identité est reprise ci-dessus **ne révèle pas de contre-indication à la pratique sportive.**

Certifié complet, cachet, date et signature du médecin _____

_____ Le.....