



**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 20/01/2024 :

**et n'avoir décelé aucune contre-indication à la pratique du handball en compétition ou en loisir.**

Date 20/01/2024 :

**Signature et tampon du praticien**

*obligatoires*

Taille :

*Données morphologiques facultatives communiquées pour permettre une analyse globale fédérale anonymée :*