Fédération Française de Volley-Ball

CERTIFICAT MEDICAL
FICHE A
Aptitude au Sport et Simple Surclassement (ex-fiches I et II)

Je soussigné (e), Docteur ..... en médecine , certifie avoir examiné :

NOM.....

PRENOM.....

Né (e) le :.....

Numéro de licence : ______________

Nom du Club :.....

et certifie que son état ne présente pas de contre-indication à la pratique :

□ du Volley-Ball, y compris en compétition.

Et/ou

□ du Beach-Volley, y compris en compétition.

□ **Simple Surclassement**

Fait à....., Le.....

<u>Signature et cachet du médecin examinateur</u> :

Le présent certificat, valable 1 an sauf maladie intercurrente ou accident est remis en mains propres à l'intéressé(e) ou son tuteur légal, lequel a été informé (e) des risques en cas de fausse déclaration lors de l'interrogatoire, pour faire valoir ce que de droit.