



## CERTIFICAT MEDICAL ANNUEL PREALABLE A

**\*la pratique du sport en COMPETITION**

**(licences séries « compétition » et « service » fonctions « entraîneur » et « arbitre »)**

**\*la pratique d'une activité sportive NON COMPETITIVE (licence série Loisir)**

*\*rayer la mention inutile*

Je soussigné(e)

Docteur

Demeurant

N°RPPS

(Numéro composé de 11 chiffres)

Répertoire Partagé des Professionnels de Santé

**Mention OBLIGATOIRE**

Certifie avoir examiné

Mademoiselle

Madame

Monsieur

Nom, Prénom

Né(e) le

Demeurant

Appartenant à l'association sportive

Et n'avoir pas constaté à la date de ce jour de signes cliniques apparents **contre indiquant la pratique** :

- Du hockey sur Gazon

Simple surclassement

accordé

non accordé

- Du hockey en salle

Simple surclassement

accordé

non accordé

Le

Cachet du médecin

Signature du médecin