

CERTIFICAT MEDICAL PREALABLE A

**la pratique du sport ou du Hockey en COMPETITION (licences séries « compétition », « entraîneur » et « arbitre »)*

**la pratique d'une activité sportive ou du hockey 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 sport ou du Hockey**

Simple surclassement pour la discipline du Hockey sur Gazon

accordé

non accordé

Simple surclassement pour la discipline du Hockey en Salle

accordé

non accordé

Le

Cachet du médecin

Signature du médecin