



**A.S.A.V HandBall**

15, rue du 11 Novembre 1918

58640 Varennes-Vauzelles

Siret : 448 130 146 00013

Agrément Ministériel : 0 58 301 0332

Agrément Jeunesse et sport : 58 S 420 du 14.09.1999

## CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné(e), Docteur .....

certifie avoir examiné ce jour  M. –  Mme .....

né(e) le : ..... (JJ/MM/AAAA) et n'avoir décelé aucune contre-indication à la  
pratique du Handball en compétition ou en loisir.

Date : ...../...../..... (JJ/MM/AAAA)

**Signature et tampon du praticien (obligatoires)**

*Les données morphologiques suivantes sont facultatives et ne seront utilisées que pour  
permettre une analyse globale fédérale anonymisée :*

Taille : ..... cm

Poids : ..... kg