

# CERTIFICAT MEDICAL

Catégorie :

(N.B. – A employer EXCLUSIVEMENT pour les athlètes qui ne se font PAS examiner dans un centre du Ministère de la Santé Publique)

Volet à renvoyer après examen à la Fédération en cas d'aptitude sans réserve.

Cachet du club :

**CABW**

Matricule du club : **255**

## SAISON SPORTIVE 20 - 20

A remplir par l'athlète ou le secrétaire du club. **(EN CARACTERES D'IMPRIMERIE SVP)**

Matricule de l'athlète : .....(à remplir par le secrétaire du club)

Nom et Prénom (en imprimé) : .....

Sexe : MASCULIN - FEMININ

Lieu et date de naissance : .....

Nationalité : ..... Profession : .....

Adresse :  
.....  
.....

Téléphone : .....

Adresse @mail : .....

Signature du secrétaire de club

---

A remplir par le Médecin examinateur

Je soussigné, ....., Docteur en médecine, certifie que le sportif, dont l'identité est reprise ci-dessus, a fait l'objet, par mes soins, d'un examen médical présportif, le .....

- Apte à la pratique sportive
- Inapte temporairement jusque : .....
- Inapte

signature et cachet du médecin examinateur,