

## 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**