FFHANDBALL

CERTIFICAT MÉDICAL

2026 - 2027

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 sportive du handball en compétition ou en loisir.

Date *(jj/mm/aaaa)* **:**

Signature et tampon du praticien

Obligatoire

FÉDÉRATION FRANÇAISE DE HANDBALL

1, rue Daniel-Costantini, CS 90047 – 94046 Créteil Cedex

T. +33 (0)1 56 70 72 72.
F. +33 (0)1 56 70 73 00.

ffhandball@ffhandball.net
www.ffhandball.fr

Association loi 1901 – N° Siret : 784.544.769.00044 / N° APE : 9319 Z