

CERTIFICAT MEDICAL PREALABLE A

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

***la pratique d'une activité sportive 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

Groupe SCO ANGERS Hockey

Et n'avoir pas constaté à la date de ce jour de signes cliniques apparents **contre indiquant la pratique du sport**

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