

FEDERATION FRANCAISE DE BALLON AU POING

**CERTIFICAT MEDICAL ANNUEL PREALABLE
A LA PRATIQUE EN COMPETITION DU BALLON AU POING**

Je soussigné, Docteur
(en Lettres Capitales ou cachet)
certifie avoir examiné M.....né(e) le...../...../..... à
demeurantCode Postal : Ville :
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 Ballon au Poing en compétition.

A, le20.....
Signature du Médecin

N.B : Lorsque le médecin ne reconnaîtra aucune aptitude au consultant, il ne délivrera pas de certificat. Si le sujet présente un développement suffisant et une aptitude physiologique particulière (catégorie 1 de la classification médico-sportive), le médecin peut l'autoriser à pratiquer le sport en compétition dans la catégorie d'âge immédiatement supérieure à sa catégorie normale. Pour ces autorisations, il convient de prendre connaissance des règlements à la fédération et d'utiliser la formule suivante pour établir le certificat :

Je soussigné, Docteur....., certifie après avoir procédé aux examens prévus par la réglementation en vigueur que M... est apte à pratiquer dans la catégorie d'âge immédiatement supérieure le Ballon au Poing en compétition sous toute réserve de modification de l'état actuel ..

A, le.....20.....
Signature du Médecin

FEDERATION FRANCAISE DE BALLON AU POING

**CERTIFICAT MEDICAL ANNUEL PREALABLE
A LA PRATIQUE EN COMPETITION DU BALLON AU POING**

Je soussigné, Docteur
(en Lettres Capitales ou cachet)
certifie avoir examiné M.....né(e) le...../...../..... à
demeurantCode Postal : Ville :
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 Ballon au Poing en compétition.

A, le20.....
Signature du Médecin

N.B : Lorsque le médecin ne reconnaîtra aucune aptitude au consultant, il ne délivrera pas de certificat. Si le sujet présente un développement suffisant et une aptitude physiologique particulière (catégorie 1 de la classification médico-sportive), le médecin peut l'autoriser à pratiquer le sport en compétition dans la catégorie d'âge immédiatement supérieure à sa catégorie normale. Pour ces autorisations, il convient de prendre connaissance des règlements à la fédération et d'utiliser la formule suivante pour établir le certificat :

Je soussigné, Docteur....., certifie après avoir procédé aux examens prévus par la réglementation en vigueur que M... est apte à pratiquer dans la catégorie d'âge immédiatement supérieure le Ballon au Poing en compétition sous toute réserve de modification de l'état actuel ..

A, le.....20.....
Signature du Médecin