CERTIFICAT MÉDICAL

2026 - 2027

Je soussigné(e), docteur

certifie avoir examiné ce jour ☐ ***M.*** ☐ ***Mme.***

né(e) le :

et n'avoir décelé aucune contre-indication à la pratique du handball en compétition dans sa catégorie d'âge et dans la catégorie d'âge supérieure.

Date :

Signature et tampon du praticien