

Je soussigné, Docteur _____

Certifie avoir examiné ce jour

Nom et Prénom _____

Date de naissance : _____ sexe : masculin féminin

Et n'avoir constaté AUCUNE CONTRE-INDICATION à la pratique sportive

De compétition D'entraînement et d'entretien

Pour tous sports

Uniquement pour (préciser la (les) activité(s)) : _____

Avec simple surclassement (pratique dans l'année d'âge immédiatement supérieure)

Remarques restrictives éventuelles : _____

J'estime nécessaire une consultation spécialisée en Médecine du sport OUI NON

Cachet du médecin

Date de l'examen médical :

Signature

Remarques :

- Le certificat médical est obligatoire pour la délivrance de la licence
- Tout médecin généraliste est habilité à la rédaction de ce certificat
- Toutes les cases doivent être renseignées (rayer si nécessaire)
- L'UFOLEP est une fédération multisports, et la licence ouvre droit à toutes les activités ; d'où la nécessité de préciser les contre-indications à certaines pratiques
- Le double surclassement doit rester exceptionnel et nécessite un examen spécialisé ainsi que l'avis du médecin départemental UFOLEP

Je soussigné, Docteur _____

Certifie avoir examiné ce jour

Nom et Prénom _____

Date de naissance : _____ sexe : masculin féminin

Ancienneté dans la pratique : _____

Pratique habituelle Reprise d'activité

Et n'avoir constaté AUCUNE CONTRE-INDICATION à la pratique sportive

De compétition D'entraînement et d'entretien

Pour tous sports

Uniquement pour (préciser la (les) activité(s)) : _____

Remarques restrictives éventuelles : _____

Cachet du médecin

Date de l'examen médical :

Signature

Remarques :

- Le certificat médical est obligatoire pour la délivrance de la licence
- Tout médecin généraliste est habilité à la rédaction de ce certificat
- Toutes les cases doivent être renseignées (rayer si nécessaire)
- L'UFOLEP est une fédération multisports, et la licence ouvre droit à toutes les activités ; d'où la nécessité de préciser les contre-indications à certaines pratique