

FICHE MEDICALE

Je soussigné :

docteur en médecine n°

certifie que la personne
mentionnée ci-dessous
est apte à la pratique du volley-ball
pour la saison sportive 2024-2025

(signature et cachet)

date de l'examen :

NOM - Prénom :

adresse :

date de naissance :

DECHARGE

Je soussigné :

NOM - Prénom :

date de naissance :

équipe :

déclare par la présente être apte à la pratique sportive
(je ne présente pas de contre-indications de santé)
et décharge par conséquent les responsables
de mon équipe
de mon club
de ma fédération
pour la saison sportive 2024-2025

date de la décharge :

signature :

FICHE MEDICALE

Je soussigné :

docteur en médecine n°

certifie que la personne
mentionnée ci-dessous
est apte à la pratique du volley-ball
pour la saison sportive 2024-2025

(signature et cachet)

date de l'examen :

NOM - Prénom :

adresse :

date de naissance :

DECHARGE

Je soussigné :

NOM - Prénom :

date de naissance :

équipe :

déclare par la présente être apte à la pratique sportive
(je ne présente pas de contre-indications de santé)
et décharge par conséquent les responsables
de mon équipe
de mon club
de ma fédération
pour la saison sportive 2024-2025

date de la décharge :

signature :

FICHE MEDICALE

Je soussigné :

docteur en médecine n°

certifie que la personne
mentionnée ci-dessous
est apte à la pratique du volley-ball
pour la saison sportive 2024-2025

(signature et cachet)

date de l'examen :

NOM - Prénom :

adresse :

date de naissance :

DECHARGE

Je soussigné :

NOM - Prénom :

date de naissance :

équipe :

déclare par la présente être apte à la pratique sportive
(je ne présente pas de contre-indications de santé)
et décharge par conséquent les responsables
de mon équipe
de mon club
de ma fédération
pour la saison sportive 2024-2025

date de la décharge :

signature :