

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 2025-2026 (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 2025-2026

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 2025-2026 (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 2025-2026

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 2025-2026 (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 2025-2026

date de la décharge : signature :