

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e), Docteur certifie avoir examiné ce jour,

NOM : Prénom :

Date de naissance : Sexe : masculin féminin

et n'avoir constaté AUCUNE CONTRE-INDICATION à la pratique sportive (à cocher) :

de compétition

de loisir

pour le (ou les) sport(s) suivant(s) :

remarques restrictives éventuelles pour certains sports :

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

Date de l'examen :

Signature :

cachet professionnel

Je soussigné(e),, autorise un simple surclassement (pratique dans l'année d'âge immédiatement supérieure)

Date :

Signature :

cachet professionnel

Nota Bene :

- 1) Le certificat est obligatoire pour la délivrance de la licence.
- 2) TOUT Médecin Généraliste est habilité à la rédaction de ce certificat
– cocher TOUTES les CASES concernées (les remplir)
– les cases laissées en blanc sont considérées comme négatives, mais il est préférable de les barrer d'un trait unique
- 3) L'UFOLEP est une fédération MULTISPORTS et la licence ouvre à toutes les activités d'où la nécessité de préciser les éventuelles contre-indications à certaines pratiques.
- 4) Le responsable du club (ou départemental) doit conserver ce certificat UN AN (une saison sportive).
- 5) Le DOUBLE SURCLASSEMENT doit rester exceptionnel et nécessite un examen spécialisé, ainsi que l'avis ou l'examen du Médecin Départemental UFOLEP.