

CERTIFICAT MÉDICAL

À FAIRE COMPLÉTER PAR LE MÉDECIN
ET
À CONSERVER PAR LE CLUB

NOM DU CLUB:

Vignette de Mutuelle	Type de Handicap
----------------------	------------------

OU

NOM:
PRÉNOM:
TYPE DE HANDICAP:
DATE DE NAISSANCE:
NISS:

AUTRE(S) PATHOLOGIE(S) :

affection cardio-vasculaire :

allergies :

asthme :

autres :

DATE DU DERNIER VACCIN OU RAPPEL ANTITÉTANIQUE:

J'estime que les précautions suivantes seraient utiles : (remarques, restrictions ou interdictions éventuelles de certains mouvements ou disciplines sportives)

.....
.....

TRAITEMENT :

L'intéressé doit-il prendre des médicaments ?

☐ oui

☐ non

Si oui, lesquels ?

.....
.....

Certifié complet, cachet, date et signature du médecin

Le/...../.....