

CERTIFICAT MEDICAL
DE SURCLASSEMENT

Je soussigné, Docteur.....

Certifie avoir examiné

Mr.....

Né le à

Et déclare n'avoir constaté, à la date de ce jour, aucun signe apparent semblant contre indiquer la pratique du hand Ball de compétition. Le sujet présentant un bon état organique, un bon équilibre morphologique, est apte à pratiquer dans la catégorie d'âge immédiatement supérieure.

Fait à

Le

◆ NOM LISIBLE SIGNATURE ET GRIFFE DU MEDECIN.