



FFHANDBALL

CERTIFICAT MÉDICAL

2026 - 2027

Je soussigné(e), docteur

certifie avoir examiné ce jour M. Mme.

né(e) le (jj/mm/aaaa) :

**et n'avoir décelé aucune contre-indication à la pratique sportive du handball
en compétition ou en loisir.**

Date (jj/mm/aaaa) :

Signature et tampon du praticien

Obligatoire

FÉDÉRATION FRANÇAISE DE HANDBALL

1, rue Daniel-Costantini, CS 90047 –
94046 Créteil Cedex

T. +33 (0)1 56 70 72 72.
F. +33 (0)1 56 70 73 00.

ffhandball@ffhandball.net
www.ffhandball.fr

Association loi 1901 – N° Siret : 784.544.769.00044 / N° APE : 9319 Z