



**FFHANDBALL**

# CERTIFICAT MÉDICAL

(Article L231-2 du code du sport)

Je soussigné(e), docteur

certifie avoir examiné ce jour M. M<sup>me</sup>

né(e) le (JJ/MM/AAAA) :

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

Date (JJ/MM/AAAA) :

**Signature et tampon du praticien  
obligatoires**

*Données morphologiques facultatives communiquées pour permettre une analyse globale fédérale anonymée :*

## Cadre réservé aux demandes de surclassement

- De toutes les équipes jeunes
- De 1<sup>ères</sup> division territoriale (M et F)

## Réservé au médecin

Jugé apte au surclassement :      Oui                      Non                      Catégorie d'âge :

**Date et cachet du médecin**

**Document à retourner à comite : 5608000@ffhandball.net**

FÉDÉRATION FRANÇAISE DE HANDBALL

1, rue Daniel-Costantini, CS 90047 | T. +33 (0)156 70 72 72 | ffb@ffhandball.net  
94046 CRÉTEIL Cedex | F. +33 (0)156 70 73 00 | www.ffhandball.fr

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