

CERTIFICAT MÉDICAL saison 2018/2019

Je soussigné, 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 :

| | |
|-------------------|---|
| AVIS du médecin : | /___/ de compétition |
| | /___/ d'entraînement d'entretien |
| | /___/ pour UNE ou plusieurs activités : _____ _____ |
| | /___/ avec SIMPLE SURCLASSEMENT |

Estime nécessaire une consultation Spécialisée en médecine du sport : _____

- Oui** **pour un bilan complémentaire**
- Non** **pour des conseils et un suivi spécialisé**

| |
|--------------------------|
| Tampon du médecin |
|--------------------------|

DATE de l'examen : ___/___/_____

- N.B : 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 (ou les remplir) – les cases laissées en blanc ont 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 département) doit conserver ce certificat 1 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.