



## LIGUE FRANCOPHONE DE HOCKEY

### ATTESTATION MEDICALE – ARBH – SAISON 2012/2013

**CLUB:** .....

**N°D’AFFILIATION:**.....

Coordonnées du membre:

Nom:.....

Prénom:.....

Date de naissance:.....

Nationalité:.....

Rue:.....

N°:.....

.....

Localité:.....

Code Postal:.....

Partie réservée au médecin:

Je soussigné(e), ....., Docteur en médecine, certifie avoir examiné la personne reprise ci-dessus et qu’elle est apte à pratiquer le hockey en tant que joueur/joueuse.

Fait le.....

Cachet et signature du médecin:

**Attention, si votre patient prend des médicaments:** VEUILLEZ LIRE ATTENTIVEMENT LA PROCEDURE A SUIVRE EN CAS DE DEMANDE D’AUT – autorisation à usage thérapeutique – CADRE DE LUTTE CONTRE LE DOPAGE – [www.hockey.be](http://www.hockey.be) .

