



Attestation médicale saison:.....

CLUB:

N° D' AFFLIATION:.....

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 confirme 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: IMPORTANT DE SUIVRE LA PROCEDURE APPLICABLE EN CAS DE DEMANDE D« AUT » (Autorisation à Usage Thérapeutique) – CONTEXTE DE LA LUTTE CONTRE LE DOPAGE