CERTIFICAT MEDICAL
FICHE A

Absence de contre-indication à la pratique du Volley Ball et Simple Surclassement

Je soussigné (e), ... Docteur en médecine, certifie avoir examiné ce jour :

NOM..... ; PRENOM.....

Né (e) le ___/___/____ - Numéro de licence ______________

Nom du Club ....Montigny Volley 95 - 0959233.....

et certifie que son état présente une absence de contre-indication à :

- ☒ la pratique du Volley-Ball, y compris en compétition.
- ☐ la pratique du Beach Volley, y compris en compétition.
- ☐ la pratique du Snow Volley, y compris en compétition.
- ☐ la pratique du Volley Assis, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Volley Sourd, y compris en compétition

Fait à....., Le.....

Signature et cachet du médecin examinateur :

SIMPLE SURCLASSEMENT

Je soussigné, Dr_____ atteste que ce joueur/joueuse est également apte à pratiquer dans les compétitions des catégories d'âge nécessitant un simple surclassement (uniquement dans les conditions fixées par les Règlements Fédéraux).

Fait le : **Signature et cachet du médecin examinateur :**

Lors de la 1ère prise de licence, un certificat médical datant de moins d'un an est exigé. Entre chaque renouvellement triennal, le licencié ou son représentant légal doit renseigner un questionnaire de santé et attester que chacune des rubriques du questionnaire donne lieu à une réponse négative. Si ce n'est pas le cas, le licencié devra fournir un nouveau certificat médical. Pour le Simple Surclassement, le présent certificat, est valable une saison.