Certificat médical

dans le cadre de l'article 193 des Règlements Sportifs de la FFT

Je soussigné, Docteur : _____

Demeurant à : _____

Certifie avoir examiné ce jour M / Mme / Melle :

Né (e) le : ____ / ____ / ____

Demeurant à : _____

Et n'avoir pas constaté, à ce jour, de contre-indication à la pratique

☐ du tennis / para-tennis / beach tennis / padel / courte paume[1] et des sports suivants[2], y compris en compétition :

_____
_____

Fait à _____, le _____ / ____ / 20___

Signature du médecin

Cachet du Médecin

[1] Le cas échéant, rayer la ou les mention(s) inutile(s)

[2] Le cas échéant, compléter la liste des sports ne faisant pas l'objet d'une contre-indication

Modèle établi à titre indicatif