

## CERTIFICAT MÉDICAL 2025-2026

Je soussigné(e), docteur	
certifie avoir examiné ce jour M	Л. M <sup>me</sup>
né(e) le (jj/mm/aaaa) :	
et n'avoir décelé aucune contre-inc	dication à la pratique sportive du handball en compétition ou en loisir.
Date (jj/mm/aaaa) :	
Signature et tampon du praticien obligatoires	