



**FF**HANDBALL

# **CERTIFICAT MÉDICAL**

## **2026 - 2027**

**Je soussigné(e), docteur**

**certifie avoir examiné ce jour** ☐ **M.** ☐ **Mme.**

**né(e) le** (jj/mm/aaaa) :

**et n'avoir décelé aucune contre-indication à la pratique sportive du handball en compétition ou en loisir.**

**Date** (jj/mm/aaaa) :

**Signature et tampon du praticien**

Obligatoire

**FÉDÉRATION FRANÇAISE DE HANDBALL**

1, rue Daniel-Costantini, CS 90047 –  
94046 Créteil Cedex

T. +33 (0)1 56 70 72 72.  
F. +33 (0)1 56 70 73 00.

ffhandball@ffhandball.net  
www.ffhandball.fr

Association loi 1901 – N° Siret : 784.544.769.00044 / N° APE : 9319 Z