



Attestion médicale saison:.....

CLUB:

N° D' AFFILIATION:.....

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 qu'elle est apte à pratiquer le hockey tant que joueur/joueuse.

Fait le.....

Cachet et signature du médecin:

Attention, si votre patient prend des médicaments: Veuillez prendre en considération la procédure à suivre en cas de demande d'« AUT » (Autorisation à Usage Thérapeutique) – Cadre la lutte contre le dopage