



Attestation médicale saison:.....

CLUB:

N° D' AFFLIATION:.....

Coordonnées du membre:

Prénom:.....

Nom:.....

Nationalité:.....

Date de naissance:.....

N°:.....

Rue:.....

Code postal:.....

Localité:.....

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 CONSIDERATION LA PROCEDURE A SUIVRE EN CAS
DE DEMANDE D« AUT » (Autorisation à Usage Thérapeutique) –
CADRE LE LUTTE CONTRE LE DOPAGE**