



LIGUE FRANCOPHONE DE HOCKEY

ATTESTATION MEDICALE – ARBH – SAISON 2013/2014

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 en 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 DE LUTTE CONTRE LE DOPAGE

