

## CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Docteur .....

Certifie avoir examiné ce jour,

NOM - Prénom : .....

Date de naissance : .....

Sexe : Masculin  Féminin

Et n'avoir constaté AUCUNE CONTRE INDICATION à la pratique sportive

Avis du médecin
-----------------

de COMPETITION

d'entraînement et d'ENTRETIEN

uniquement pour l'(es) activité(s) suivante(s)

**IMPORTANT : spécifier les activités exactes que le licencié souhaite pratiquer au sein de son association) :**

.....  
.....

avec SIMPLE SURCLASSEMENT, pratique dans l'année d'âge immédiatement supérieure

NECESSITE UNE CONSULTATION SPECIALISEE EN MEDECINE DU SPORT

OUI  POUR UN BILAN COMPLEMENTAIRE

NON  POUR DES CONSEILS ET UN SUIVI SPECIALISES

Date de l'examen,.....

Signature,

Tampon du médecin
-------------------

N.B :

1. Le certificat médical **est obligatoire pour la délivrance de la licence, sauf pour un renouvellement et pour certaines activités seulement.**
2. TOUT médecin généraliste est habilité à la rédaction de ce certificat
  - remplir TOUTES les CASES concernées
  - les cases laissées en blanc sont considérées comme négatives, mais il est préférable de les barrer d'un trait unique
3. L'UFOLEP est une fédération MULTISPORTS et la licence ouvre à toutes les activités d'où la nécessité de préciser les éventuelles contre-indications à certaines pratiques.
4. Le responsable du club (ou départemental) doit conserver ce certificat UN AN (une saison sportive)
5. Le DOUBLE SURCLASSEMENT doit rester exceptionnel et nécessite un examen spécialisé, ainsi que l'avis de la Commission Médicale Nationale **(se renseigner auprès de votre délégation départementale pour obtenir un certificat spécifique).**