



Certificat médical

Dans le cadre des articles 193, 194 et 195 des Règlements Sportifs de la FFT pris en application des articles L. 231-2 à L. 231-2-2 du Code du Sport

Je soussigné, Docteur :

Demeurant à :

Certifie avoir examiné ce jour M / Mme / Melle :

Né (e) le : ____ / ____ / _____

Demeurant à :

Et n'avoir pas constaté, à ce jour, de contre-indication à la pratique

- du tennis / para-tennis / beach tennis / padel / courte paume (1)
et des sports suivants (2) :

(1) Le cas échéant, rayer la ou les mention(s) inutile(s)

(2) Le cas échéant, compléter la liste des sports ne faisant pas l'objet d'une contre-indication

(3) Cocher la case pour la pratique en compétition

- y compris en compétition (3)

Fait à _____, le ____ / ____ / 20__

Signature du médecin

Cachet du Médecin