

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 paume¹ et des sports suivants²,

y compris en compétition³

Fait à _____, le ____ / ____ / 20__

Certificat médical valable 3 ans soit jusqu'au ____ / ____ / 20__

Signature du médecin

Cachet du Médecin

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