



## Attestation médicale saison:.....

**CLUB:** .....

**N° D' AFFLIATION:**.....

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 confirme 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: IMPORTANT DE  
SUIVRE LA PROCEDURE APPLICABLE EN CAS DE DEMANDE D«  
AUT » (Autorisation à Usage Thérapeutique) – CONTEXTE DE LA  
LUTTE CONTRE LE DOPAGE**