



LIGUE FRANCOPHONE DE HOCKEY

Attestation médicale saison:

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 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

