

Certificat médical

dans le cadre de l'article 193 des Règlements Sportifs de la FFT

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 compétition :

Fait à _____, le ____ / ____ / 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