

Le présent certificat médical, dûment complété, doit être transmis chaque année au Secrétaire Général de la LFPH pour tout athlète participant à une compétition à l'étranger (compétition internationale ou compétition organisée par une fédération étrangère)

CLUB : BWS	N° matricule Club LFPH : 40026
INFORMATIONS AFFILIE	
NOM :	Prénom :
Né(e) le :	Sexe : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Adresse :	
C.P. :	Localité :
Tél :	Adresse électronique :
Certificat de non contre-indication au sport	
<p>Je soussigné(e), Docteur en médecine, certifie avoir examiné ce jour Mme/Mr dont les coordonnées complètes sont reprises ci-dessus et n'avoir constaté, à la date de ce jour, aucun signe clinique apparent contre-indiquant la pratique de l'haltérophilie* et du powerlifting*.</p> <p>* : biffer le cas échéant</p>	
CACHET	DATE : SIGNATURE DU MEDECIN