

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
<b>INFORMATIONS AFFILIE</b>	
NOM : .....	Prénom : .....
Né(e) le : .....	Sexe : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Adresse : .....	
C.P. : .....	Localité : .....
Tél : .....	Adresse électronique : .....
<b>Certificat de non contre-indication au sport</b>	
<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