

### FICHE MEDICALE

Je soussigné :

docteur en médecine n°

certifie que la personne mentionnée ci-dessous est apte à la pratique du volley-ball pour la saison sportive 2022-2023 (signature et cachet)

date de l'examen :

NOM - Prénom :

adresse :

date de naissance :

### DECHARGE

Je soussigné :

NOM - Prénom :

date de naissance :

équipe :

**déclare par la présente être apte à la pratique sportive**  
(je ne présente pas de contre-indications de santé)  
et décharge par conséquent les responsables  
de mon équipe  
de mon club  
de ma fédération  
pour la saison sportive 2022-2023

date de la décharge :

signature :

### FICHE MEDICALE

Je soussigné :

docteur en médecine n°

certifie que la personne mentionnée ci-dessous est apte à la pratique du volley-ball pour la saison sportive 2022-2023 (signature et cachet)

date de l'examen :

NOM - Prénom :

adresse :

date de naissance :

### DECHARGE

Je soussigné :

NOM - Prénom :

date de naissance :

équipe :

**déclare par la présente être apte à la pratique sportive**  
(je ne présente pas de contre-indications de santé)  
et décharge par conséquent les responsables  
de mon équipe  
de mon club  
de ma fédération  
pour la saison sportive 2022-2023

date de la décharge :

signature :

### FICHE MEDICALE

Je soussigné :

docteur en médecine n°

certifie que la personne mentionnée ci-dessous est apte à la pratique du volley-ball pour la saison sportive 2022-2023 (signature et cachet)

date de l'examen :

NOM - Prénom :

adresse :

date de naissance :

### DECHARGE

Je soussigné :

NOM - Prénom :

date de naissance :

équipe :

**déclare par la présente être apte à la pratique sportive**  
(je ne présente pas de contre-indications de santé)  
et décharge par conséquent les responsables  
de mon équipe  
de mon club  
de ma fédération  
pour la saison sportive 2022-2023

date de la décharge :

signature :