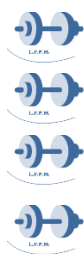


LIGUE FRANCOPHONE DES POIDS ET HALTERES

ANNEE 2019



CERTIFICAT D'APTITUDE SPORTIVE

Les renseignements repris ci-dessous doivent être écrits lisiblement en caractères d'imprimerie

NOM ET PRENOM :

N° carte d'identité :

N° carte résidence :

SEXE : F M

LIEU et DATE DE NAISSANCE :

NATIONALITE :

PROFESSION :

ADRESSE complète :
.....

TEL / GSM :

EMAIL :

DISCIPLINE PRATIQUEE : HALTEROPHILIE
POWERLIFTING
MUSCULATION

Arbitre : OUI NON

PRATIQUE LA COMPETITION : OUI NON

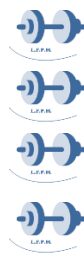
CACHET DU CLUB SIGNATURE responsable du club

A REMPLIR PAR LE MEDECIN

Je soussigné, Docteur en médecine, certifie que la personne ci-dessus nommée, a fait l'objet, par mes soins, d'un examen pré-sportif.

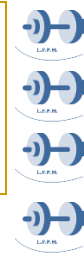
Le / / et est reconnu apte à la pratique des poids et haltères.

SIGNATURE ET CACHET DU MEDECIN



LIGUE FRANCOPHONE DES POIDS ET HALTERES

ANNEE 2019



CERTIFICAT D'APTITUDE SPORTIVE

Les renseignements repris ci-dessous doivent être écrits lisiblement en caractères d'imprimerie

NOM ET PRENOM :

N° carte d'identité :

N° carte résidence :

SEXE : F M

LIEU et DATE DE NAISSANCE :

NATIONALITE :

PROFESSION :

ADRESSE complète :
.....

TEL / GSM :

EMAIL :

DISCIPLINE PRATIQUEE : HALTEROPHILIE
POWERLIFTING
MUSCULATION

Arbitre : OUI NON

PRATIQUE LA COMPETITION : OUI NON

CACHET DU CLUB SIGNATURE responsable du club

A REMPLIR PAR LE MEDECIN

Je soussigné, Docteur en médecine, certifie que la personne ci-dessus nommée, a fait l'objet, par mes soins, d'un examen pré-sportif.

Le / / et est reconnu apte à la pratique des poids et haltères.

SIGNATURE ET CACHET DU MEDECIN