

Certificat médical

**dans le cadre des articles 193, 194 et 195 des Règlements Sportifs de la FFT
pris en application des articles L.231-2 à L.231-2-2 du Code du Sport**

Je soussigné, Docteur :

Demeurant à :

Certifie avoir examiné ce jour

Mr - Mme - Melle

Né(e) le Demeurant à :

Et n'avoir pas constaté, à ce jour, de contre-indications à la pratique

du : **Tennis** / Para-tennis / Beach tennis / Padel / Courte paume (1)
et des sports suivants (2), y compris en compétition :

Fait à, le

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