

CERTIFICAT MÉDICAL PARASPORT/ SPORT SANTÉ

Je soussigné(e), Docteur :

Certifie avoir examiné ce jour :

Nom et Prénom :

Date de naissance : __ / __ / ____

Sexe : ☐ Féminin ☐ Masculin

Et n'avoir constaté **AUCUNE CONTRE-INDICATION** à la pratique sportive au sein de la Fédération Française des Sports de Traîneau en compétition et/ou en loisir, dans ses disciplines.

Remarques restrictives éventuelles :

☐ Traitement assujéti à une Autorisation d'Usage à des fins Thérapeutiques (AUT)

Le code du sport impose la présentation préalable d'un certificat médical datant de moins d'un an et attestant l'absence de non-contre-indication avant la délivrance d'une licence sportive

- *Systématiquement pour toute première demande de licence (article L231-2 du code du sport)*
- *Annuellement pour tout compétiteur (certificat datant de moins d'un an) (article L231-3 du code du sport)*
- *Conformément à l'article L231-2 du code du sport, la FFST exige pour tout renouvellement de licence, pour un pratiquant, un certificat médical.*

Date de l'examen médical :/...../.....

Cachet et signature du médecin :