

CERTIFICAT MEDICAL ENCADREMENT EXTENSIONS (Arbitre et Marqueur / Educateur Sportif/Soignant)

Je soussigné (examiné :	(e),		Docteur en	médecine, certifie avoir
ı	NOM			
ı	PRENOM Né (e) le :			
ı				
ı	Numéro de licence : \\\\\\			
Nom du Club. VOLLEY BALL STADE LAURENTIN				
et certifie que son état présente une absence de contre-indication à la pratique de:				
☐ I'Encadrement du Volley				
Examen Ophtalmologique - (<u>sur décision du médecin examinateur</u>) :				
<u>Acuité Visue</u>	<u>lle</u>	:	Œil Droit	Date:// Œil Gauche
		Avant correction		
		Après correction		
		Fait àSignature e	Le et cachet du méde	

<u>Rappel</u>: L'intéressé doit compléter un « Questionnaire relatif à l'état de santé FFvolley-Majeurs » ou un « Questionnaire relatif à l'état de santé du sportif mineurs » et attester sur son formulaire de demande de licence, que toutes les rubriques du questionnaire ont donné lieu à une réponse négative. Dans le cas contraire, il devra fournir un certificat médical, datant de moins de 6 mois, attestant l'absence de contreindication à la pratique de l'encadrement.