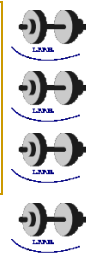


**LIGUE FRANCOPHONE DES
POIDS ET HALTERES**

ANNEE 2018



CERTIFICAT D'APTITUDE SPORTIVE

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

NOM ET PRENOM :

N° carte d'identité :

SEXE : F M

LIEU et DATE DE NAISSANCE :

NATIONALITE :

PROFESSION :

ADRESSE complète :

TEL / GSM :

EMAIL :

DISCIPLINE PRATIQUEE : HALTEROPHILIE
POWERLIFTING
MUSCULATION

PRATIQUE LA COMPETITION : OUI NON

CACHET DU CLUB SIGNATURE responsable du club

A REMPLIR PAR LE MEDECIN

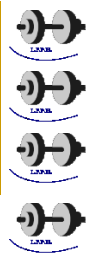
Je soussigné, Docteur en médecine, certifie que la personne ci-dessus nommée, a fait l'objet, par mes soins, d'un examen pré-sportif
Le / / et est reconnu apte à la pratique des poids et haltères.

SIGNATURE ET CACHET DU MEDECIN



**LIGUE FRANCOPHONE DES
POIDS ET HALTERES**

ANNEE 2018



CERTIFICAT D'APTITUDE SPORTIVE

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

NOM ET PRENOM :

N° carte d'identité :

SEXE : F M

LIEU et DATE DE NAISSANCE :

NATIONALITE :

PROFESSION :

ADRESSE complète :

TEL / GSM :

EMAIL :

DISCIPLINE PRATIQUEE : HALTEROPHILIE
POWERLIFTING
MUSCULATION

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