**CERTIFICAT MEDICAL**

**A FAIRE COMPLETER PAR LE MEDECIN**

**ET**

**A CONSERVER PAR LE CERCLE**

**Nom du club**  :

**Vignette mutuelle**

**OU**

**Nom** : **Prénom** :

**Type de handicap :**

**Date de naissance :** **NISS** :

-------------------------------------------------------------------------------------------------------------

* Autre(s) pathologie(s) :

affection cardio-vasculaire :…………………………………………………………..

allergies : ……………………………………………………………………….. …...

asthme : ……………………………………………………………………….. …...

autres : ………………………………………………………………………………..

* Date du dernier vaccin ou rappel antitétanique ................................................................
* J'estime que les précautions suivantes seraient utiles : (remarques, restrictions ou interdictions éventuelles de certains mouvements ou disciplines sportives)

....................................................................................................................................................................................................................................................................................................

**Traitement :**

L'intéressé doit-il prendre des médicaments ? oui non

Si oui, lesquels ?

..................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

**Certifié complet, cachet, date et signature du médecin**

Le ……………………..