

CERTIFICAT MÉDICAL

SAISON 2024-2025

INFORMATIONS PERSONNELLES

CADRE 1

Nom complet :
(En lettres capitales)

Date de naissance : ____ / ____ / ____

N° de licence : _____ Club : _____

INFORMATIONS SPORTIVES

CADRE 2

Discipline pratiquée : _____ Division : _____

Nombre d'heures par semaine : _____

INFORMATIONS MÉDICALES

CADRE 3

Je soussigné : _____

Docteur en médecine sportive, n° INAMI : _____

certifie que le gymnaste mentionné dans le cadre 1 est apte à la pratique de son sport à raison des heures indiquées dans le cadre 2.

Date de l'examen :

____ / ____ / ____

Signature du médecin

Cachet du médecin

Informations supplémentaires :

 Avenue Albert Giraud 96
1030 Bruxelles

 info@FfGym.be

 02/234.38.38

 www.FfGym.be

Ce certificat médical est à renvoyer par **Email** (laura.degrave@FfGym.be) à la **Fédération francophone de Gymnastique et de Fitness** pour le **1er novembre** de la saison en cours.

La validité du certificat médical prend fin au 31 août de la saison en cours.