

Certificat médical ANNEE 2025

Le présent certificat médical, dûment complété, doit être transmis chaque année au Secrétaire Général de la LFPH pour tout athlète participant à une compétition à l’étranger (compétition internationale ou compétition organisée par une fédération étrangère)

|  |  |
| --- | --- |
| CLUB : BWS | N° matricule Club LFPH : 40026 |
| INFORMATIONS AFFILIE | |
| NOM : …………………………………………………….……… Prénom :…………………………………………  Né(e) le : ………………………………………….……………. Sexe : F M | |
| Adresse : ………………………………………………………………………………………………………………………………………  C.P. : ……………………………….. Localité :………………………………………………………..………………………  Tél : ……………………………………... Adresse électronique……………………..………………………..…………. | |
| **Certificat de non contre-indication au sport** | |
| Je soussigné(e) , Docteur en médecine,  certifie avoir examiné ce jour Mme/Mr ………………..………………………………………….  dont les coordonnées complètes sont reprises ci-dessus et n'avoir constaté, à la date de ce jour, aucun signe clinique apparent contre-indiquant la pratique de l’haltérophilie\* et du powerlifting\*.  \* : biffer le cas échéant | |
| CACHET | DATE : ……………………………..  SIGNATURE DU MEDECIN |

Les données de la présente demande d’affiliation sont transmises par le club à la LFPH. La LFPH conservera ces données pendant une durée maximum de 3 ans et s’engage à ne les utiliser qu’à des fins de gestion administrative et d’information aux affiliés. L’affilié dispose du droit à la consultation et à la correction de ses données personnelles.