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

Je soussigné (e), ... Docteur en médecine, certifie avoir examiné :

NOM.....

PRENOM.....

Né (e) le :.....

Numéro de licence : ______________

Nom du Club.....

et certifie que son état présente une absence de contre-indication à la pratique de:

☐ l'Encadrement du Volley

Examen Ophtalmologique - (**sur décision du médecin examinateur**) :

Date : .../.../...

Acuité Visuelle :	Œil Droit	Œil Gauche
Avant correction	.....	.....
Après correction	.....	.....

Fait à....., Le.....

Signature et cachet du médecin examinateur :

Rappel : 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 contre-indication à la pratique de l'encadrement.