Certificat Médical Saison 2016/2017.

Nom : ..... **Prénom :** .....

Date de Naissance : ..... **Sexe :** M F

Examen médical d'aptitude à la pratique du FULL CONTACT

Antécedents personnels : .....

Trauma cranien avec ou sans P.C. : .....

Pathologie chronique : ..... **Fractures diverses :**

.....

..... **Cardiovasculaire pulmonaire :** .....

Autres : .....

Tabagisme : .....

EXAMEN CLINIQUE : **Poids :** ..... **Kg** **Epreuve Martinet :** .....

Taille : ..... **T.A. :** .....

Fréquence : .....

Observations du médecin traitant : .....

.....

APTE à la pratique du FULL CONTACT : Oui Non

APTE A LA COMPETITION : Oui Non

Signature du Médecin : **Tampon**

Saison 2016/2017

Observations :