



**NOM :**

**PRENOM :**

**CLUB :**

**MATRICULE :**

## A compléter par le Médecin (EN MAJUSCULES SVP)

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_, Docteur en Médecine,  
certifie avoir interrogé et examiné Mme/M.  
et n'avoir constaté, à la date de ce jour, aucun signe clinique apparent contre-indiquant la  
la pratique de SQUASH en tant que joueur de compétition et cela jusqu'au

**Conformément au décret du sport de la Communauté Française, la durée ne peut excéder 12 mois.**

Fait à \_\_\_\_\_

, le \_\_\_\_\_

**Cachet du médecin**

**Signature du médecin**

### **LUTTE CONTRE LE DOPAGE - INFORMATION**

Le sportif ci-dessus reconnaît par sa signature qu'il a parfaite connaissance du décret de la Communauté française du 20 octobre 2011 relatif à la lutte contre le dopage et qu'il a pris connaissance et accepte le règlement antidopage de la L.F.S et le règlement de procédure de la C.I.D.D. (Commission Interfédérale Disciplinaire en matière de Dopage), instance disciplinaire de la L.F.S. en matière de violation des règles antidopage. Il accepte irrévocablement que toutes les poursuites disciplinaires pour fait de dopage, tel que défini par le décret de la Communauté française du 20 octobre 2011 et le règlement antidopage de la L.F.S., seront portées devant la C.I.D.D., seule instance disciplinaire compétente à son égard.

**Date et signature du sportif**

**A renvoyer impérativement à la LFS par email ==>**

[info.lfs@squash.be](mailto:info.lfs@squash.be)