

Certificat Médical

Le certificat médical est obligatoire.

Nom	
Prénom	
Club	
Numéro de membre	

A remplir par le membre de la LFS

Je soussigné,, m'engage notamment:

- à arrêter la pratique du squash et à consulter un médecin :
 - en cas de blessure musculaire ou articulaire inhabituelles.
 - en cas d'essoufflement anormal.
 - en cas de douleurs dans la poitrine.
- après avoir été blessé, malade, ou après avoir subi une intervention chirurgicale, à consulter un médecin pour m'assurer qu'il n'y a pas de contre-indication à la reprise du squash.

La liste ci-dessus est exemplative et non limitative.

Date	Signature (1)
------	---------------

(1) Signature d'un des parents obligatoire si le membre est mineur d'âge.

A remplir par le médecin

Je soussigné,, Docteur en médecine, certifie que le sportif dont l'identité est reprise ci-dessus est apte à la pratique du squash :

- Jusqu'au 1^o Janvier 20 . .
- Jusqu'au 1^o Septembre 20 . .

Date	Signature et cachet du médecin
------	--------------------------------

A renvoyer à la LFS par email info.lfs@squash.be ou par poste à LFS - Ch. de Wavre, 2057 – 1160 Bruxelles.