

## Certificat médical

dans le cadre des articles 193, 194 et 195 des Règlements Sportifs de la FFT pris en application des articles L. 231-2 à L. 231-2-2 du Code du Sport

Je soussigné, Docteur : \_\_\_\_\_

Demeurant à : \_\_\_\_\_

Certifie avoir examiné ce jour M / Mme / Melle :  
\_\_\_\_\_

Né (e) le : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Demeurant à : \_\_\_\_\_

Et n'avoir pas constaté, à ce jour, de contre-indication à la pratique

du tennis / para-tennis / beach tennis / padel / courte paume<sup>1</sup> et des sports suivants<sup>2</sup>,  
y compris en compétition :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20\_\_

Signature du médecin

Cachet du Médecin

<sup>1</sup> Le cas échéant, rayer la ou les mention(s) inutile(s)

<sup>2</sup> Le cas échéant, compléter la liste des sports ne faisant pas l'objet d'une contre-indication