

# CERTIFICAT MÉDICAL

## SAISON 2024-2025

### INFORMATIONS PERSONNELLES

CADRE 1

Nom complet :

(En lettres capitales)

Date de naissance : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

N° de licence : \_\_\_\_\_ Club : \_\_\_\_\_

### INFORMATIONS SPORTIVES

CADRE 2

Discipline pratiquée : \_\_\_\_\_ Division : \_\_\_\_\_

Nombre d'heures par semaine : \_\_\_\_\_

### INFORMATIONS MÉDICALES

CADRE 3

Je soussigné : \_\_\_\_\_

Docteur en médecine sportive, n° INAMI : \_\_\_\_\_

certifie que le gymnaste mentionné dans le cadre 1 est apte à la pratique de son sport à raison des heures indiquées dans le cadre 2.

Date de l'examen :

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Signature du médecin

Cachet du médecin

#### Informations supplémentaires :

 Avenue Albert Giraud 96  
1030 Bruxelles

 [info@FfGym.be](mailto:info@FfGym.be)

 02/234.38.38

 [www.FfGym.be](http://www.FfGym.be)

Ce certificat médical est à renvoyer par **Email** ([laura.degrave@FfGym.be](mailto:laura.degrave@FfGym.be)) à la **Fédération francophone de Gymnastique et de Fitness** pour le **1er novembre** de la saison en cours.

*La validité du certificat médical prend fin au 31 août de la saison en cours.*