



## FICHE MEDICALE

### A REMPLIR OBLIGATOIREMENT PAR LE MEDECIN DANS L'UN ET/OU PLUSIEURS DES CAS SUIVANTS

- Le licencié n'est pas en mesure de produire le certificat médical lui ayant été délivré au titre de l'article 27 des Règlements sportifs FFT (le «Certificat Médical») ; ou
- Le Certificat Médical ne fait pas mention de la pratique du tennis en compétition ; et/ou
- Le terme de validité de Certificat Médical est expiré

Si l'enfant n'est pas dans l'un des cas ci-avant mentionnés, merci de ne pas tenir compte de la présente fiche médicale et de produire une copie du certificat médical lui ayant été délivré au titre de l'article 27 des Règlements sportifs FFT.

Je soussigné(e), Docteur \_\_\_\_\_

exerçant à \_\_\_\_\_

Certifie avoir examiné ce jour : Nom : \_\_\_\_\_ Prénom(s) : \_\_\_\_\_

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

Demeurant à \_\_\_\_\_

**Et n'avoir pas constaté, à la date de ce jour, de signes cliniques apparents, contre-indiquant la pratique du tennis en compétition.**

Extrait des Règlements sportifs de la FFT :

**Article 27 :** «La délivrance ou le renouvellement annuel de la licence FFT, pour la pratique du tennis, sont subordonnés à la production d'un certificat médical de non contre-indication à la pratique du tennis y-compris en compétition. Ce certificat est délivré par un médecin du choix de l'intéressé. Il doit être rédigé en français.»

**Article 28 :** «La participation à une compétition officielle est subordonnée à la présentation d'un certificat de non contre-indication à la pratique du tennis en compétition (C.M.N.C.P.T.C) délivré par un médecin du choix du licencié. Il doit être rédigé en français (...)»

**Article 29 :** «Ce certificat est valable pendant un an à dater du jour où il a été délivré.»

Fait à \_\_\_\_\_ Le \_\_\_\_\_

Cachet du médecin      Signature du médecin

### A REMPLIR OBLIGATOIREMENT PAR LES PARENTS

- |  |     |     |
|--|-----|-----|
| • L'enfant suit-il un traitement ?                                   | Oui | Non |
| • L'enfant est-il asthmatique ?                                      | Oui | Non |
| • L'enfant porte-t-il habituellement des lunettes ou des lentilles ? | Oui | Non |
| • L'enfant a-t-il des problèmes cardio-vasculaires ?                 | Oui | Non |
| • L'enfant a-t-il déjà eu des entorses ?                             | Oui | Non |
| • L'enfant est-il allergique ?                                       |     |     |
| • Au pollen  | Oui | Non |
| • A la poussière   | Oui | Non |
| • Autres : _____   |     |     |

Fait à \_\_\_\_\_ Le \_\_\_\_\_

Signature du responsable légal

