



FFHAnDBALL

CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné(e), docteur

FERDJANI

certifie avoir examiné ce jour

M. DEHONS M^{me} ALAN

né(e) le (jj/mm/aaaa)

04/02/2000

et n'avoir décelé aucune contre-indication à la pratique sportive en compétition ou en loisir.

Date (jj/mm/aaaa)

01/09/2023

Signature et tampon du praticien

obligatoires

Docteur M. FERDJANI

Médecine générale

ADELI 761122746

RPPS 10100112456

FÉDÉRATION FRANÇAISE DE HANDBALL

1, rue Daniel-Costantini, CS 90047 | T. +33 (0)1 56 70 72 72 | ffb@ffhandball.net
94046 CRÉTEIL Cedex | F. +33 (0)1 56 70 73 00 | www.ffhandball.fr

Association loi 1901 - N° Siret : 784.544.769.00046 / N° APE : 9319 Z