

Annexe au Règlement Médical	<i>adoption :</i> C.D. du 12/05/2006 <i>entrée en vigueur :</i> 01/09/2006 <i>validité :</i> permanente <i>remplace :</i> F. Médical 2001/1
<b>CERTIFICAT DE NON-CONTRE-INDICATION et/ou SURCLASSEMENT SIMPLE EN COMPETITION</b>	1 page

Le formulaire ci-dessous constitue un exemple de certificat médical type pour les cas suivants :

- certificat de non-contre-indication à la pratique du Badminton en compétition

***obligatoire pour tous les joueurs quel que soit le type de jeu : loisir ou compétition.***

- certificat particulier de surclassement simple pour les jeunes, non-contre-indication à pratiquer en compétition dans la catégorie d'âge immédiatement supérieure.

**Certificat de non-contre-indication**

Le certificat doit être établi par un médecin inscrit au Conseil de l'Ordre.

Remplir la partie haute complètement; signature et cachet professionnel du praticien obligatoires.

**Certificat de surclassement simple**

Remplir les deux parties complètement ; signature et cachet professionnel du praticien obligatoires.

Les deux exemplaires de la signature et du cachet ont pour but d'éviter les surcharges rajoutées sur un certificat au départ non destiné au surclassement.

<p style="text-align: center;"><u>Certificat de non-contre-indication à la pratique du Badminton</u></p> <p>Je soussigné(e) Dr ..... certifie que :</p> <p>M; Mme, Mlle</p> <p>né(e) le :</p> <p>habitant :</p> <p>ne présente pas de contre-indication, décelable ce jour, à la pratique du <b>Badminton en compétition</b></p> <p>Le ..... Dr .....</p> <p>Signature et cachet professionnel</p>	<p><i>mentions obligatoires :</i></p> <p><i>nom du médecin</i></p> <p><i>nom et prénom de l'intéressé(e)</i></p> <p><i>date de naissance</i></p> <p><i>adresse</i></p> <p><i>date du certificat</i></p>
<p style="text-align: center;"><u>Certificat de surclassement simple</u></p> <p>Je soussigné Dr ..... certifie que :</p> <p>M; Mme, Mlle</p> <p>ne présente pas de contre-indication, décelable ce jour, à la pratique du Badminton <b>en compétition dans la catégorie d'âge supérieure.</b></p> <p>Le ..... Dr .....</p> <p>Signature et cachet professionnel</p>	<p><i>nom du médecin</i></p> <p><i>nom et prénom de l'intéressé(e)</i></p> <p><i>date du certificat</i></p> <p><i>références du médecin</i></p>