



**CERTIFICAT D'APTITUDE SPORTIVE**

Les renseignements repris ci-dessous doivent être écrits lisiblement en caractères d'imprimerie

NOM ET PRENOM : .....  
 N° carte d'identité : .....  
 N° national : .....

SEXE: F  M   
 LIEU et DATE DE NAISSANCE: .....  
 NATIONALITE: .....  
 PROFESSION: .....  
 ADRESSE complète: .....

TEL / GSM : .....  
 EMAIL : .....

DISCIPLINE PRATIQUEE : HALTEROPHILIE   
 POWERLIFTING   
 MUSCULATION   
 ARBITRE :

PRATIQUE LA COMPETITION : OUI  NON   
**CACHET DU CLUB** SIGNATURE responsable du club

**A REMPLIR PAR LE MEDECIN**

Je soussigné, ..... Docteur en médecine,  
 certifie que la personne ci-dessus nommée, a fait l'objet, par mes soins,  
 d'un examen pré-sportif,  
 le / / et est reconnu apte à la pratique des poids  
 et haltères.

**SIGNATURE ET CACHET DU MEDECIN**



**LISTE DES INTERDICTIONS**

<http://www.dopage.cfwb.be/index.php?id=5670>

**MON MEDICAMENT, INTERDIT ?**

[www.cbip.be](http://www.cbip.be)  
<http://www.dopage.cfwb.be/index.php?id=6464>

**AUTORISATION D'USAGE A DES FINS THERAPEUTIQUES (AUT)**

<http://www.dopage.cfwb.be/index.php?id=6894>

**COMPLEMENTS/SUPPLEMENTS ALIMENTAIRES**

<http://www.dopage.cfwb.be/index.php?id=6707>

**CONTROLE ANTIDOPAGE**

<http://www.dopage.cfwb.be/index.php?id=5676>

**ONAD**

[www.dopage.cfwb.be](http://www.dopage.cfwb.be)