



LIGUE FRANCOPHONE DES POIDS ET HALTERES
ANNEE 2020



CERTIFICAT D'APTITUDE SPORTIVE

En cas de données manquantes, la LFPH ne pourra pas procéder à l'enregistrement de votre certificat.

Les renseignements repris ci-dessous doivent être écrits lisiblement et en lettres MAJUSCULES

NOM ET PRENOM :

n°carte de résidence Belge ou n°carte d'identité:

N° registre national :

SEXE : F M

LIEU et DATE DE NAISSANCE :

NATIONALITE :

PROFESSION :

ADRESSE complète :

TEL / GSM :

EMAIL :

DISCIPLINE PRATIQUEE : HALTEROPHILIE

POWERLIFTING

MUSCULATION

ARBITRE : OUI NON

PRATIQUE LA COMPETITION : OUI NON

CACHET DU CLUB

SIGNATURE du 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 / / 20 .. et est reconnu apte à la pratique des poids et haltères.

SIGNATURE ET CACHET DU MEDECIN



LIGUE FRANCOPHONE DES POIDS ET HALTERES
ANNEE 2020



CERTIFICAT D'APTITUDE SPORTIVE

En cas de données manquantes, la LFPH ne pourra pas procéder à l'enregistrement de votre certificat.

Les renseignements repris ci-dessous doivent être écrits lisiblement et en lettres MAJUSCULES

NOM ET PRENOM :

n°carte de résidence Belge ou n°carte d'identité:

N° registre national :

SEXE : F M

LIEU et DATE DE NAISSANCE :

NATIONALITE :

PROFESSION :

ADRESSE complète :

TEL / GSM :

EMAIL :

DISCIPLINE PRATIQUEE : HALTEROPHILIE

POWERLIFTING

MUSCULATION

Arbitre : OUI NON

PRATIQUE LA COMPETITION : OUI NON

CACHET DU CLUB

SIGNATURE du 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 / / 20 .. et est reconnu apte à la pratique des poids et haltères.

SIGNATURE ET CACHET DU MEDECIN