CERTIFICAT MEDICAL
ENCADREMENT EXTENSIONS (Arbitre/Educateur Sportif/Soignant)

Je soussigné (e), ... Docteur en médecine, certifie avoir examiné :

NOM.....

PRENOM.....

Né (e) le :.....

Numéro de licence : ______________

Nom du Club.....

et certifie que son état présente une absence de contre-indication à la pratique de:

☐ l'Encadrement du Volley

Examen Ophtalmologique - (**Obligatoire pour les arbitres**) : Date : …/…/...

Acuité Visuelle :	Œil Droit	Œil Gauche
Avant correction	.....	.....
Après correction	.....	.....

Fait à....., Le.....

Signature et cachet du médecin examinateur :

- **Pour le sportif majeur, un certificat médical attestant l'absence de contre-indication à la pratique de l'encadrement (avec un examen ophtalmologique obligatoire pour la licence avec l'extension arbitre) datant de moins de 3 saisons, sous réserve d'avoir renseigné un « Questionnaire de Santé FFvolley » et attesté que chacune des rubriques du questionnaire donne lieu à une réponse négative. A défaut, un certificat médical, datant de moins de 6 mois attestant de l'absence de contre-indication à l'encadrement (avec un examen ophtalmologique obligatoire pour la licence avec l'extension arbitre) est nécessaire pour obtenir cette extension**
- **Pour le sportif mineur, pas de certificat médical, sous réserve que le représentant légal ait renseigné un « Questionnaire relatif à l'état de santé du sportif mineur » et ait attesté que chacune des rubriques du questionnaire donne lieu à une réponse négative. A défaut, un certificat médical, datant de moins de 6 mois, attestant l'absence de contre-indication à la pratique l'encadrement (avec un examen ophtalmologique obligatoire pour la licence avec l'extension arbitre) est nécessaire pour obtenir cette extension.**