



CERTIFICAT MÉDICAL – SAISON 2018/2019 JOUEUR(SE) / DIRIGEANT(E)

Date de l'examen :/...../..... (1)

Je soussigné, Dr (1) certifie que le
bénéficiaire, identifié ci-dessous,

POUR LES JOUEURS(SES) (2) :

- Ne présente aucune contre-indication apparente à la pratique du football en compétition,
- Est également apte à la pratique dans des compétitions de la catégorie d'âge immédiatement supérieure (3) (4).

POUR LES DIRIGEANTS(ES) :

- Ne présente aucune contre-indication apparente à l'arbitrage occasionnel.

Bénéficiaire (nom, prénom) : (1)

Signature et cachet (1) (5)

(1) Obligatoire

(2) Rayer les mentions inutiles

(3) Rayer en cas de non aptitude

(4) Uniquement dans les conditions de participation fixées par les Règlements Généraux

(5) Le cachet doit être lisible en totalité (encre noire souhaitée)