



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)