



CERTIFICAT MÉDICAL – SAISON 2019/2020 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 supérieur e ^{(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)