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)