



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) :

- 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 ⁽²⁾.

POUR LES DIRIGEANTS(ES) :

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

Bénéficiaire (nom, prénom) : ⁽¹⁾

Signature et cachet ⁽¹⁾⁽³⁾

⁽¹⁾ Obligatoire

⁽²⁾ Rayer en cas de non aptitude

⁽³⁾ Le cachet doit être lisible en totalité (encre noire souhaitée)