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)