



## CERTIFICAT MÉDICAL – SAISON 2019/2020 Joueur(Se) / Dirigeant(e)

Date de l'examen : ...../...../.....<sup>(1)</sup>

Je soussigné, Dr .....<sup>(1)</sup> 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<sup>(2)</sup>.

### POUR LES DIRIGEANTS(ES) :

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

Bénéficiaire (nom, prénom) : .....<sup>(1)</sup>

Signature et cachet<sup>(1) (3)</sup>

<sup>(1)</sup> Obligatoire

<sup>(2)</sup> Rayer en cas de non aptitude

<sup>(3)</sup> Le cachet doit être lisible en totalité (encre noire souhaitée)