



## CERTIFICAT MÉDICAL – SAISON 2017/2018 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)<sup>(2)</sup> :**

- 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>(3) (4)</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) (5)</sup>

<sup>(1)</sup> Obligatoire

<sup>(2)</sup> Rayer les mentions inutiles

<sup>(3)</sup> Rayer en cas de non aptitude

<sup>(4)</sup> Uniquement dans les conditions de participation fixées par les Règlements Généraux

<sup>(5)</sup> Le cachet doit être lisible en totalité (encre noire souhaitée)