



CERTIFICAT MÉDICAL – SAISON 2024 JOUEUR(SE) / DIRIGEANT(E) / ÉDUCATEUR(RICE)

Date de l'examen :/...../.....⁽¹⁾

Je soussigné, Dr⁽¹⁾ certifie que le
bénéficiaire, identifié ci-dessous,

POUR LES JOUEURS(SES) :

- Présente l'absence de contre-indication médicale à la pratique du football en compétition,
- Présente l'absence de contre-indication médicale à la pratique du football en compétition dans la catégorie d'âge immédiatement supérieure ⁽²⁾.

POUR LES DIRIGEANTS(ES) :

- Présente l'absence de contre-indication médicale à l'arbitrage occasionnel.

POUR LES ÉDUCATEURS(RICES) :

- Présente l'absence de contre-indication médicale à la pratique et l'encadrement du football,
- Présente l'absence de contre-indication médicale à l'arbitrage occasionnel.

Bénéficiaire (nom, prénom) :⁽¹⁾

Signature et cachet⁽³⁾

⁽¹⁾ Obligatoire

⁽²⁾ Rayer en cas de non aptitude

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