



CERTIFICAT MÉDICAL - SAISON 2024/2025 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 ⁽¹⁾ ⁽³⁾

(1) Obligatoire

(2) Rayer en cas de non aptitude

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