



## CERTIFICAT MÉDICAL – SAISON 2023/2024 JOUEUR(SE) / DIRIGEANT(E) / ÉDUCATEUR(RICE)

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

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

### 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) : .....<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)