



CERTIFICAT MÉDICAL - SAISON 2024/2025 JOUEUR(SE) / DIRIGEANT(E) / EDUCATEUR(RICE)

Date de l'examen :/...../..... (1)

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

POUR LES JOUEURS(SSES) :

- 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 EDUCATEURS(RICES) :

- Présente l'absence de contre-indication médicale à la pratique et à 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)

