



CERTIFICAT MÉDICAL - SAISON 2023/2024 Joueur(se) / Dirigeant(e) / Arbitre

Date de l'examen :/...../.....⁽¹⁾

Je soussigné, Dr⁽¹⁾

certifie que le bénéficiaire, identifié ci-dessous,

POUR LES JOUEURS (SES):

- Ne présente aucune contre-indication apparente à la pratique du football en compétition,

POUR LES DIRIGEANTS (ES):

- Ne présente aucune contre-indication apparente à l'arbitrage occasionnel.

POUR LES ARBITRES (ES):

- Ne présente aucune contre-indication apparente à l'arbitrage.

Bénéficiaire (nom, prénom) :⁽¹⁾

Signature et cachet^{(1) (2)}

⁽¹⁾ Obligatoire

⁽²⁾ Le cachet doit être lisible en totalité

⁽³⁾ Cocher la case correspondante