



## CERTIFICAT MÉDICAL - SAISON 2024/2025 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)</sup> <sup>(3)</sup>

(1) Obligatoire

(2) Rayer en cas de non aptitude

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