



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