



## **CERTIFICAT MÉDICAL – SAISON 2020/2021 Joueur(se) / Dirigeant(e)**

(Pour demandes de licences dématérialisées uniquement)

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

Je soussigné, Dr ..... <sup>(1)</sup> certifie que le  
bénéficiaire, identifié ci-dessous,

### **POUR LES JOUEURS(SES) :**

- Ne présente aucune contre-indication apparente à la pratique du football en compétition,
- Est également apte à la pratique dans des compétitions de la catégorie d'âge immédiatement supérieure <sup>(2)</sup>.

### **POUR LES DIRIGEANTS(ES) :**

- Ne présente aucune contre-indication apparente 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)