CERTIFICAT MÉDICAL - SAISON 2026/2027
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[2].

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)