



MODELE DE CERTIFICAT MEDICAL 2024-2025

Date de l'examen : / /

Je soussigné, Docteur _____ (1)

- Certifie que le bénéficiaire, identifié ci-dessous,

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

Ne présente aucune contre-indication apparente à l'arbitrage

Bénéficiaire (nom, prénom) _____ (1)

Signature du médecin et cachet (1) (3)

(1) Obligatoire

(2) Rayer en cas de non-aptitude

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