



**CERTIFICAT MÉDICAL - SAISON 2023/2024  
JOUEUR(S) / DIRIGEANT(E) / ÉDUCATEUR(NICE)**

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

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

**POUR LES JOUEUR(S) :**

- 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 DIRIGEANT(S) :**

- Présente l'absence de contre-indication médicale à l'arbitrage occasionnel.

**POUR LES ÉDUCATEUR(S) :**

- 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>(3)</sup>

<sup>(1)</sup> Obligatoire

<sup>(2)</sup> Rayer en cas de non aptitude

<sup>(3)</sup> Le cachet doit être lisible en toutes lettres (encre noire souhaitée)