



Pour les demandes de licences dématérialisées

**CERTIFICAT MÉDICAL - SAISON 2020/2021**  
**JOUEUR(SE) / DIRIGEANT(E)**

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

Je soussigné, Dr ..... (1) 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 (2).

**POUR LES DIRIGEANTS(ES) :**

- Ne présente aucune contre-indication apparente 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)