

**CERTIFICAT MÉDICAL – STAGE FEVRIER 2022
JOUEUR(SE)**

**Date de l’examen :** ………/…………/……… (1)

Je soussigné, Dr…………………………………………………………………………………………………... (1) certifie que le bénéficiaire, identifié ci-dessous,

**POUR LES JOUEUR(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).

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)