



LIGUE DE FOOTBALL D'OCCITANIE



FICHE MÉDICALE DE PARTICIPATION AUX FORMATIONS

VALABLE POUR LA SAISON

NOM :

PRENOM :

Date de naissance :

Adresse :

.....

N° de téléphone : Mail :

DATE du Module ou de la certification :

Lieu

A compléter par le médecin traitant

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Dr certifie que
le bénéficiaire, identifié ci-dessus,

Date de l'examen : / /

- ne présente aucune contre-indication à la pratique du football
- est également apte à pratiquer et à l'enseignement du football
- ne présente aucune contre-indication à l'arbitrage occasionnel

DATE et SIGNATURE DU MEDECIN

CACHET