



## ***CERTIFICAT MEDICAL***

Je soussigné, Docteur : .....

Demeurant à : .....

Certifie avoir examiné ce jour Mr / Melle :

Né (e) le : ..... / ..... / ..... Demeurant à : .....

Et n'avoir pas constaté, à ce jour, de contre-indication à la pratique du Football y compris en compétition.

Fait à ....., le : ..... / ..... / .....

Signature & Cachet du Médecin