

Ligue d’Affiliation :

Dénomination du club :

Division :

CERTIFICAT MEDICAL D’APTITUDE A LA PRATIQUE DU FOOTBALL DE COMPETITION

JE, SOUSSIGNÉ, DOCTEUR EN MÉDECINE, MÉDECIN :

NOM & PRÉNOMS :

NUMERO D’INSCRIPTION AU CONSEIL DE L’ORDRE :

CERTIFIE AVOIR EXAMINÉ CE JOUR, LE JOUEUR DE FOOTBALL :

NOM & PRÉNOMS :

DATE ET LIEU DE NAISSANCE :

JE CERTIFIE N’AVOIR CONSTATÉ, À LA DATE DE CE JOUR, QU’IL N’A, AU VU DE CET EXAMEN MÉDICAL, AUCUNE DÉFICIENCE PHYSIQUE, CLINIQUE OU BIOLOGIQUE CONSTATÉES POUVANT METTRE EN DANGER SA SANTÉ LORS DES COMPÉTITIONS ORGANISÉES SOUS L’ÉGIDE DE LA FAF OU DE L’UNE DE SES LIGUES AFFILIÉES ET LE DECLARE APTE A LA PRATIQUE DU FOOTBALL DE COMPETITION.

FAIT À LE

SIGNATURE, CACHET ET GRIFFE DU MÉDECIN

ENGAGEMENT DU DU MEDECIN, PRÉSIDENT ET SECRETAIRE GENERAL DU CLUB

LE PRÉSIDENT, LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL ET MEDECIN DU CLUB, S’ENGAGENT A PRÉSENTER IMMÉDIATEMENT TOUS LES ÉLÉMENTS CONSTITUTIFS DU DOSSIER MÉDICAL OBLIGATOIRE DU JOUEUR LORS DE TOUTE SOLLICITATION DE LA FAF OU DE LA LIGUE.

NOUS CERTIFIONS QUE LE DOSSIER MEDICAL DU JOUEUR ET SON ASSURANCE SONT BIEN CONSERVES AU NIVEAU DU CLUB.

Le Président du Club
Signature, Griffes et Cachet

Le Secrétaire Général du Club
Signature, Griffes et Cachet

Le Médecin du Club
Signature, Griffes et Cachet