

Ligue d’Affiliation :

Dénomination du Club :

Division :

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

JE SOUSSIGNE DOCTEUR EN MEDECINE , MEDECIN :

NOM & PRENOM :

NUMERO D’INSCRIPTION AU CONSEIL DE L’ORDRE :

CERTIFIE AVOIR EXAMINE CE JOUR , LE JOUEUR DE FOOTBALL:.....

NOM & PRENOM :

DATE ET LIEU DE NAISSANCE.....

JE CERTIFIE N’AVOIR CONSTATE , A LA DATE DE CE JOUR , QU’IL N’A , AU VU DE CET EXAMEN MEDICAL , AUCUNE DEFICIENCE PHYSIQUE , CLINIQUE ,OU BIOLOGIQUE CONSTATEES POUVANT METTRE EN DANGER SA SANTE LORS DES COMPETITIONS ORGANISEES SOUS L’EGIDE DE LA FAF OU DE L’UNE DE SES LIGUES AFFILIEES ET LE DECLARE APTE A LA PRATIQUE DU FOOTBALL DE COMPETITION .

FAIT A LE

(SIGNATURE , CACHET ET GRIFFE DU MEDECIN)

ENGAGEMENT DU MEDECIN , PRESIDENT ET SECRETAIRE DU CLUB

LE PRESIDENT , LE SECRETAIRE GENERAL ET MEDECIN DU CLUB , S’ENGAGENT A PRESENTER IMMEDIATEMENT TOUS LES ELEMENTS CONSTITUTIFS DU DOSSIER MEDICAL 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 .

PRESIDENT DU CLUB
SIGNATURE , GRIFFE ET CACHET

SECRETAIRE DU CLUB
SIGNATURE , GRIFFE ET CACHET

MEDECIN DU CLUB
SIGNATURE , GRIFFE ET CACHET