



CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE ET A L'ENSEIGNEMENT DU FOOTBALL

Je soussigné(e), Dr _____, certifie avoir examiné ce jour :

M. Mme

Nom Prénom : _____

né(e) le : ____ / ____ / _____

et certifie que son état de santé ne présente pas de contre-indication apparente à la pratique et à l'enseignement du football.

Fait le _____ à _____

Signature et cachet du médecin examinateur

LIGUE DE FOOTBALL D'OCCITANIE

1 Route de Cépet – BP 200 - 31180 Castelmaurou

Mail : formation@occitanie.fff.fr – Web : <https://occitanie.fff.fr>

Siret n°776 945 750 000 37 Code NAF : 93 12 Z

Déclaration d'activité enregistrée sous le numéro 733 100 120 31 auprès du préfet de la région