



## 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**