



## 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](mailto: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



processus certifié



RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

La certification qualité a été délivrée au titre des catégories d'actions suivantes :  
ACTIONS DE FORMATION  
ACTIONS PERMETTANT DE FAIRE VALIDER LES ACQUIS DE L'EXPERIENCE