



**CERTIFICAT MÉDICAL – SAISON 2017/2018  
Joueur(SE) / Dirigeant(E)**

**Date de l'examen :** ...../...../.....<sup>(1)</sup>

Je soussigné, Dr .....<sup>(1)</sup> certifie que le  
bénéficiaire, identifié ci-dessous,

**POUR LES JOUEURS(SES)<sup>(2)</sup> :**

- Ne présente aucune contre-indication apparente à la pratique du football en compétition,
- Est également apte à la pratique dans des compétitions de la catégorie d'âge immédiatement supérieure<sup>(3) (4)</sup>.

**POUR LES DIRIGEANTS(ES) :**

- Ne présente aucune contre-indication apparente à l'arbitrage occasionnel.

Bénéficiaire (nom, prénom) : .....<sup>(1)</sup>

Signature et cachet<sup>(1) (5)</sup>

<sup>(1)</sup> Obligatoire

<sup>(2)</sup> Rayer les mentions inutiles

<sup>(3)</sup> Rayer en cas de non aptitude

<sup>(4)</sup> Uniquement dans les conditions de participation fixées par les Règlements Généraux

<sup>(5)</sup> Le cachet doit être lisible en totalité (encre noire souhaitée)

**L'original du certificat médical doit être rendu au club accompagné du chèque de cotisation pour que la licence puisse être validée et que le bon pour récupérer les équipements puisse être donné**

06 89 98 36 61 - [usbiot.secretariat@gmail.com](mailto:usbiot.secretariat@gmail.com)