



CERTIFICAT MEDICAL – SAISON 2024/2025

Date de l'examen :

Je soussigné, Dr..... certifie que la bénéficiaire, identité

ci-après : née le

Présence l'absence de contre-indication médicale à la pratique du football en compétition.

Présence l'absence de contre-indication médicale à la pratique du football en compétition dans la catégorie d'âge

immédiatement supérieure.

Entourer la catégorie concernée :

- Joueuse U11F demande à jouer en U13F
- Joueuse U13F demande à jouer en U15F

Bénéficiaire (nom, prénom) :

Club de la joueuse :

Fait à

Signature et cachet :

A cocher