

Ligue d’Affiliation : .....

Dénomination du club : .....

Division : .....

## **CERTIFICAT MEDICAL D’APTITUDE A LA PRATIQUE DU FOOTBALL DE COMPETITION**

JE, SOUSSIGNÉ, DOCTEUR EN MÉDECINE, MÉDECIN :

NOM & PRÉNOMS : .....

NUMERO D’INSCRIPTION AU CONSEIL DE L’ORDRE : .....

CERTIFIE AVOIR EXAMINÉ CE JOUR, LE JOUEUR DE FOOTBALL :

NOM & PRÉNOMS : .....

DATE ET LIEU DE NAISSANCE : .....

JE CERTIFIE N’AVOIR CONSTATÉ, À LA DATE DE CE JOUR, QU’IL N’A, AU VU DE CET EXAMEN MÉDICAL, AUCUNE DÉFICIENCE PHYSIQUE, CLINIQUE OU BIOLOGIQUE CONSTATÉES POUVANT METTRE EN DANGER SA SANTÉ LORS DES COMPÉTITIONS ORGANISÉES SOUS L’ÉGIDE DE LA FAF OU DE L’UNE DE SES LIGUES AFFILIÉES ET LE DECLARE APTE A LA PRATIQUE DU FOOTBALL DE COMPETITION.

FAIT À ..... LE .....

SIGNATURE, CACHET ET GRIFFE DU MÉDECIN

### **ENGAGEMENT DU DU MEDECIN, PRÉSIDENT ET SECRETAIRE GENERAL DU CLUB**

LE PRÉSIDENT, LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL ET MEDECIN DU CLUB, S’ENGAGENT A PRÉSENTER IMMÉDIATEMENT TOUS LES ÉLÉMENTS CONSTITUTIFS DU DOSSIER MÉDICAL OBLIGATOIRE DU JOUEUR LORS DE TOUTE SOLLICITATION DE LA FAF OU DE LA LIGUE.

NOUS CERTIFIONS QUE LE DOSSIER MEDICAL DU JOUEUR ET SON ASSURANCE SONT BIEN CONSERVES AU NIVEAU DU CLUB.

**Le Président du Club**  
*Signature, Griffes et Cachet*

**Le Secrétaire Général du Club**  
*Signature, Griffes et Cachet*

**Le Médecin du Club**  
*Signature, Griffes et Cachet*