



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