



CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE A LA FONCTION D'ARBITRE

A remplir par l'intéressé

COMITE REGIONAL : _____

CLUB : _____

NOM : _____ PRENOM : _____

ADRESSE : _____

VILLE : _____ CODE POSTAL :

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

NE(E) LE :

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

A remplir par le médecin

Je soussigné, _____ Docteur en médecine, atteste que l'examen
médical pratiqué ce jour chez M. - Mme - Mlle* _____

n'a pas mis en évidence de contre indication à la pratique de la fonction d'arbitre

| |
|---------------------------------------|
| <u>Signature du Médecin et cachet</u> |
|---------------------------------------|

Fait à

Le

* Rayer les mentions inutiles