



LIGUE DE FOOTBALL D'OCCITANIE



INSTITUT REGIONAL DE FORMATION DU FOOTBALL

**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