

# CERTIFICAT MÉDICAL d'aptitude à la fonction D'ARBITRE

*Licences concernées : arbitres*

À remplir par l'intéressé

<b>COMITÉ RÉGIONAL CENTRE VAL DE LOIRE</b>									
<b>CLUB :</b>	_____								
<b>NOM :</b>	_____ <b>PRÉNOM :</b> _____								
<b>ADRESSE :</b>	_____ _____								
<b>VILLE :</b>	_____ <b>CODE POSTAL :</b> <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>								
<b>NÉ(E) LE :</b>	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>								

À 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