



## Certificat Médical de non contre-indication

Je soussigné, Docteur.....

certifie avoir examiné ce jour :

NOM : .....

Prénom : .....

et qu'elle ne présente cliniquement aucune contre-indication à la pratique du football, pour les journées de detection et ensuite dans cadre de la section sportive scolaire football 2021/2022.

Date : .....

Signature et tampon du médecin :