



Certificat médical

Formation initiale d'arbitre

Date de l'examen :/...../.....

Je soussigné(e), Dr. certifie
que le bénéficiaire, identifié ci-dessous, ne présente aucune contre-indication à la pratique sportive en
compétition

Bénéficiaire (nom, prénom)

.....

Signature ET cachet ²

² Le cachet doit être lisible en totalité

Ligue Paris Ile-de-France de Football

5 Place de Valois, 75001 Paris

Mail: formations@paris-idf.fff.fr - Web : <http://paris.idf.fr/>

Déclaration d'activité enregistrée sous le numéro 11753285075 auprès du préfet de la région

Siret n° 302 981 279 00011 - Code NAF : 93.19Z