
**CERTIFICAT DE NON-CONTRE-INDICATION
A LA PRATIQUE DU FOOTBALL EN COMPETITION**

Je soussigné (e) Docteur

N° ONMCI :

Adresse :

N° de téléphones : / /

certifie avoir examiné :

Nom et prénoms :

Date de naissance :

Lieu de naissance⁽²⁾ :

et n'avoir constaté ce jour, aucun signe clinique apparent contre-indiquant la pratique du football en compétition.

Fait à , le

Cachet du médecin



Signature du médecin



¹ Entête du cabinet médical ou de la commission médicale du groupement sportif

² Localité et pays