



**AUTORISATION MEDICALE
APTITUDE à OFFICIER 2 RENCONTRES
par WEEK-END**

Je soussigné Dr.....certifie avoir examiné
M.....et autorise cette personne à pouvoir
officier 2 rencontres par Week-End (une rencontre le samedi et une rencontre
le dimanche).

Date :

Signature et Cachet du Médecin

Date :

Signature de l'Arbitre

Date :

Signatures des parents pour l'arbitre mineur

PS : Fiche dûment remplie à retourner OBLIGATOIREMENT avec votre dossier, au District des Ardennes de Football.