

**GROUPEMENT AMICAL DES VETERANS DE TOURAIN
FOOTBALL**

Siège Social : 1 rue Georges Clémenceau.....37000 Tours

Tel : 02 47 05 00 06 Fax : 02 47 05 00 06

**CERTIFICAT MEDICAL
D'APTITUDE AU FOOTBALL VETERAN**

SAISON 2013-2014

Nom :Prénom :

Adresse :

.....Code Postal

Date de naissance : Lieu :

**A REMETTRE A VOTRE RESPONSABLE D'EQUIPE
AVANT LE 15 SEPTEMBRE 2012**

Je soussigné, Docteur demeurant à

certifie avoir examiné le joueur ci-avant désigné et avoir constaté qu'il ne présente , à ce jour, aucune contre-indication à la pratique du football dans la catégorie d'âge « vétéran de plus de 35 ans » .

Le

Cachet et signature du praticien

RAPPEL

Le responsable de votre équipe ne pourra vous autoriser à participer aux rencontres du critérium, qu'en possession de ce certificat médical.