

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Dr.....,

déclare(nom et prénom),

licencié dans le club : **Football Club Villefranchois (N° Affiliation 551927)**

en incapacité de pratiquer le football, à partir de ce jour, pour une durée minimale dejours.

Fait à

Le.....

Signature et tampon du médecin