LIGUE FRANCOPHONE DE FOOTBALL EN SALLE asbl

Fédération sportive reconnue par la Fédération Wallonie-Bruxelles et le C.O.I.B.

Siège social: Quai du Roi Albert 72, 4020 Liège - **Téléphone:** 04/341.41.94 - **Fax:** 04/343.67.71 - **Courriel:** secretariat@lffs.eu

ATTESTATION D'ABSENCE DE CONTRE-INDICATION À LA PRATIQUE DU FOOTBALL EN SALLE

Valable pour la saison: 2016 / 2017

Je soussigné ... . docteur en médecine,

atteste avoir interrogé et examiné Mme / M. .....

dont les coordonnées complètes sont reprises ci-dessous et n'avoir constaté, à la date de ce jour, aucun signe clinique apparent contre-indiquant la pratique du football en salle comme joueur et/ou arbitre.

Fait à ....., le .....

Cachet du médecin	Signature du médecin

COORDONNEES COMPLETES DU SPORTIF DEMANDEUR DE L'ATTESTATION

Nom _____ **Prénom** _____

Né le _____ (jjmmaaaa)

Rue _____ **N°** _____ **Boîte** _____

Code postal _____ **Localité** _____

Matricule _____ **Nom du club** _____

Le sportif atteste que les déclarations qu'il a faites au cours de l'examen sont exactes.

LUTTE CONTRE LE DOPAGE - INFORMATION

Le sportif dont les coordonnées sont reprises ci-dessus reconnaît par sa signature qu'il a parfaite connaissance du décret de la Communauté française du 20 octobre 2011 relatif à la lutte contre le dopage et qu'il a pris connaissance et accepte le règlement antidopage de la L.F.F.S. et le règlement de procédure de la C.I.D.D. (Commission Interfédérale Disciplinaire en matière de Dopage), instance disciplinaire de la L.F.F.S. en matière de violation des règles antidopage. Il accepte irrévocablement que toutes les poursuites disciplinaires pour fait de dopage, tel que défini par le décret de la Communauté française du 20 octobre 2011 et le règlement antidopage de la L.F.F.S., seront portées devant la C.I.D.D., seule instance disciplinaire compétente à son égard.

Date et signature du sportif

PARTIE RESERVEE A LA LIGUE FRANCOPHONE DE FOOTBALL EN SALLE

Date de réception:	Remarques:

N° d'entreprise: 0.418.481.457 - Avril 2016