**CERTIFICAT D’APTITUDE A LA PRATIQUE DE L’ARBITRAGE**



*Vu le Code d’Arbitrage de la F.F.P.J.P.*

 *Vu le Règlement Administratif et Sportif de la F.F.P.J.P.*

Je soussigné(e), Docteur ……………………………………….………….. , certifie que Mme, Mr …………………………………………………………….. ne présente aucune contre-indication à la pratique de l’arbitrage à la Pétanque et au Jeu Provençal.

Fait à ………………………………………le ……………………………

Signature et tampon du Médecin Examinateur:

 NB :

* A transmettre à votre Comité Départemental
* A effectuer tous les ans, par tout arbitre de plus de 65 ans dans l’année.

 Signature et tampon du Président du Comité Départemental :