

7. RESUME DE L'EVALUATION

Suspicion de pathologie cardiaque

☐ Non ☐ oui, précisez : _____

Autres pathologies

☐ Non ☐ oui, précisez : _____

LE (A) JOUEUR (SE) CITE(E) CI-DESSOUS : SAISON SPORTIVE : 2025-2026

NOM ET PRENOM : _____

APTE A LA PRATIQUE DU FOOTBALL AMATEUR:

☐ Oui ☐ Non

8. MEDECIN EXAMINATEUR ET INSTITUTION

Nom et Prénom du Médecin : _____

N° inscription à l'ordre des médecins : / / / / /

Structure d'exercice : _____

Téléphone : _____

Email : _____

Date : _____ Griffe et Signature : _____