

# 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 Examineur:

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 :