



# CERTIFICAT D'APTITUDE A LA PRATIQUE DE L'ARBITRAGE A PARTIR DE 65 ANS

*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.

Ni de contre-indications stipulées dans l'annexe (visite médicale d'aptitude).

Fait à .....le .....

Signature et tampon du Médecin Examineur:

NB :

- L'arbitre en gardera une copie (et une copie de la visite médicale d'aptitude, dûment signée par le même médecin)
- 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 :