

QUESTIONNAIRES AUX ARBITRES

NOM : _____ PRENOMS : _____

DATE DE NAISSANCE : _____ E-MAIL : _____

TEL. (Domicile) : _____ TEL. (Travail) : _____ PORTABLE : _____

ADRESSE (Domicile) : _____

PROFESSION: _____ N° DE LICENCE: _____

CLUB ACTUEL: _____ CLUB PRECEDENT: _____

DATE D'ENTRÉE DANS L'ARBITRAGE : _____

POSSÉDEZ-VOUS LA CARTE D'ARBITRAGE : OUI NON

ÊTES-VOUS ARBITRE DE LA L.F.M. ? OUI NON

(Si OUI, joindre la photocopie de la carte L.F.M. de la saison en cours)

FONCTION AU SEIN DE VOTRE ASSOCIATION :

DIRIGEANT

JOUEUR

DELEGUE DE TERRAIN

CADRE TECHNIQUE FOOTBALL

DATE : LE _____

SIGNATURE :

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Docteur _____

certifie avoir examiné ce jour,

NOM : _____

PRENOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

SEXE : M F

et n'avoir constaté AUCUNE CONTRE-INDICATION à la pratique de l'arbitrage du football

Avis et Tampon du Médecin

Date de l'examen : |__|/|__|/|__|

Signature

A retourner (accompagné de la licence UFOLEP de la saison en cours) au secrétariat **avant le mois d'octobre**