



PROCEDURE DEMANDE DE DEROGATION POUR LES CERTIFICATS MEDICAUX

Arbitres couvrant un club évoluant en District

Objectif : Justifier d'une incapacité arbitrale auprès des instances concernées

| Dossier à envoyer : | Désignateur concerné (district ou Ligue) | Commission Départementale du Statut de l'Arbitrage (District) |
|--------------------------------------|--|---|
| Arbitre couvrant un club de District | X | X |

Attention, le certificat médical doit être envoyé par **le club ou l'arbitre dans les 72 heures maximum suivant la date de l'arrêt (RI CDA 52)** :

- A la commission départementale du Statut de l'Arbitrage à l'adresse suivante : Secretariat@hautemarne.fff.fr

Et

- Au service désignateur concerné

Dans le cas contraire, le certificat médical ne sera pas pris en compte vis-à-vis du statut de l'arbitrage

| Certificat médical | |
|----------------------|----------|
| Nom : | Prénom : |
| Club couvert : | |
| Date du certificat : | Durée : |

- La partie grisée et à compléter par l'administration.
- Ci-joint le certificat médical