



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 pour l'administration.
- Ci-joint le certificat médical