



Association :

**ATTESTATION DE CONSENTEMENT DES ASSOCIATIONS AUX EXAMENS CARDIOLOGIQUES D'AVANT
COMPETITION + (PCCA +)**

Les soussignés :

(NOM DU PRESIDENT EN CAPITALES D'IMPRIMERIE) :

(NOM DU SECRETAIRE GENERAL EN CAPITALES D'IMPRIMERIE) :

(NOM DU MEDECIN D'EQUIPE EN CAPITALES D'IMPRIMERIE) :

Confirment par la présente

(a) Que chaque joueur a été examiné conformément à l'examen cardiologique d'avant compétition + de la CAF (PCCA +, cf. document joint) avec des méthodes d'analyses reconnues. Les associations sont responsables de la réalisation de l'examen sur la base des dernières normes médicales. À cet égard, la CAF n'assume aucune responsabilité.

(b) Qu'aucun des joueurs n'a, au vu du PCCA +, de déficience physique constatée pouvant mettre en danger sa santé lors de sa participation aux compétitions de la CAF.

(c) Que la CAF ne peut être tenue responsable en cas de procédure, de réclamation et de coûts y relatifs (y compris des frais de conseillers professionnels) pouvant avoir lieu ou être subis par d'autres (joueurs et officiels de l'association) en relation avec des maladies ou des accidents (y compris décès et invalidité).

Les soussignés – Président, Secrétaire Général et Médecin d'équipe – attestent avoir compris les informations sur les conditions liées à la santé et confirment par la présente la véracité des points (a) à (c) listés ci-dessus ainsi que leur renonciation à toute réclamation contre la CAF et ses auxiliaires.

Lieu :

Date :

Président : _____

Secrétaire Général : _____

Cachet de la Fédération

Médecin d'équipe : _____