



LIGUE DU GRAND EST DE FOOTBALL
COMMISSION REGIONALE D'ARBITRAGE
ADMINISTRATIF



PROCEDURE DEMANDE DE DEROGATION POUR LES CERTIFICATS MEDICAUX

Arbitres couvrant un club évoluant en Fédération ou en Ligue

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

Dossier à envoyer :	Service des désignations concerné (District ou ligue)	Commission Régionale du statut de l'arbitrage
Arbitre couvrant un club de Ligue ou de Fédération	X	X

Attention le certificat médical doit être envoyé par **le club ou l'arbitre pendant sa période d'arrêt :**

- à Commission Régionale du Statut de l'Arbitrage à l'adresse suivante pmachado@lgef.fff.fr
- Et
- au service désignations 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 :

- Ci-joint certificat médical