

 MINISTÈRE CHARGÉ DES SPORTS <i>Liberté Égalité Fraternité</i>	Formation : BPJEPS Spécialité : EDUCATEUR SPORTIF Mention : GOLF
--	---

CERTIFICAT MÉDICAL

Daté de moins d'un an à la date d'entrée en formation

**CERTIFICAT MÉDICAL DE NON CONTRE-INDICATION
À LA PRATIQUE ET À L'ENSEIGNEMENT DU GOLF**

Je soussigné(e), Docteur en Médecine,
certifie avoir examiné ce jour,

Mme/M.,

Né(e) le :

et avoir constaté qu'il (elle) ne présente aucune contre-indication à la pratique et à l'enseignement des

Activités suivantes : Pratique du Golf

Observations :

Fait le :/...../.....

À :

Signature et cachet (obligatoire) :