


| | |
|---|--|
|  MINISTÈRE CHARGÉ DES SPORTS <i>Liberté Égalité Fraternité</i> | Formation : BPJEPS Spécialité : EDUCATEUR SPORTIF Mention : TENNIS DE TABLE |
| <u>CERTIFICAT MÉDICAL</u> <i>Daté de moins d'un an à la date d'entrée en formation</i> | |
| CERTIFICAT MÉDICAL DE NON CONTRE-INDICATION À LA PRATIQUE ET À L'ENSEIGNEMENT DU TENNIS DE TABLE 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 : TENNIS DE TABLE Observations : Fait le : / / À : Signature et cachet (obligatoire) : | |