



DIPLÔME FEDERAL

Entraîneur Fédéral

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e)Docteur en médecine, certifie avoir examiné
ce jour M..... et n'avoir constaté aucune contre-
indication à la pratique, l'enseignement et/ou l'encadrement
(préciser la discipline)

Fait à _____, le _____

Signature et cachet du médecin

P.S. : ce certificat devra dater **de moins d'un an** à la date limite d'inscription à la formation.