

FORMATION : CQP

**CERTIFICAT DE QUALIFICATION PROFESSIONNELLE
DE TECHNICIEN SPORTIF**

OPTION : BASEBALL SOFTBALL BASEBALL5

CERTIFICAT MÉDICAL

Daté de moins de trois ans à la date d'entrée en formation

CERTIFICAT MÉDICAL DE NON CONTRE-INDICATION

Je soussigné(e)....., Docteur en Médecine,

Adresse :

.....

Téléphone :

certifie avoir examiné ce jour,

M / Mme.....,

Né(e) le :

et avoir constaté qu'il / elle ne présente **aucune contre-indication à l'enseignement et la pratique du Baseball Softball Baseball5.**

Observations :

.....

.....

Fait le : / /

À :

Signature et cachet (obligatoire) :