

C E R T I F I C A T M E D I C A L

**Exigé pour l'inscription à l'examen
du brevet professionnel polynésien d'éducateur sportif
mention Golf**

Je soussigné(e), Docteur _____
certifie que _____
né(e) le _____ à _____
demeurant à _____

ne présente aucune contre-indication apparente à la pratique et à
l'encadrement du Golf.

Fait à _____, le _____

Signature et cachet :