

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 :