



RÉGION ACADÉMIQUE
PAYS DE LA LOIRE

*Liberté
Égalité
Fraternité*

CERTIFICAT MEDICAL

(à joindre au dossier d'inscription)

Identification de l'OF : FFVolley

Exigé pour tout(e) candidat(e) se soumettant aux tests des exigences préalables à l'entrée en formation (EPEF) et sélections du diplôme mentionné ci-dessous.

Il doit dater de moins d'un an à la date des tests d'exigences préalables (TEP) et de moins d'un an à la date d'entrée en formation (article A212-35 et A212-36 du code du sport).

DEJEPS spécialité "perfectionnement sportif", mention "Volley-ball".

Je soussigné (e),.....
docteur en médecine, certifie avoir examiné ce jour :

Madame Monsieur

NOM

prénom

Né (e) le

à

et avoir constaté qu'il (elle) ne présente aucune contre-indication à la pratique et à l'encadrement du Volley-ball.

Ce certificat médical est établi pour faire valoir ce que de droit et remis en main-propre à l'intéressé(e).

A le

Cachet du médecin

Signature du médecin