

# Certificat médical

## CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE – INDICATION

### A LA PRATIQUE ET L'ENCADREMENT DU TENNIS

*Daté de moins de 6 mois avant l'entrée en formation*

1

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

Certifie avoir examiné en date  
du.....

Mme/Mr.....

Né(e) : .....

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

Signature et cachet du Médecin (obligatoire)

*Ligue Grand Est de Tennis – centre de formation – 81-83 avenue l'Europe –  
51100 REIMS – n° déclaration d'activité 41 54 02785 54*