

# CERTIFICAT MÉDICAL

***Exigé pour tout(e) candidat(e) au CQP animateur de patinoire  
Mention Hockey sur Glace***

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_ Docteur en Médecine,

certifie avoir examiné ce jour, Mr/ Mme\* \_\_\_\_\_

et avoir constaté qu'il / elle \* ne présente aucune contre-indication à la pratique et à

l'encadrement du **HOCKEY SUR GLACE**.

*\*Rayer les mentions inutiles.*

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Cachet du Médecin

Signature du Médecin