

**Certificat médical de non-contre-indication à la pratique et à
l'enseignement du padel datant de moins de 6 mois
– Formation TFP Titre à Finalité Professionnel**

dans le cadre des articles 193, 194 et 195 des Règlements Sportifs de la FFT pris en application des
articles L. 231-2 à L. 231-2-1 du Code du Sport

Je soussigné(e)

Docteur en Médecine, Certifie avoir examiné en date du...../...../.....

Mme / Mr, Née le

Et avoir constaté qu'il (elle) ne présente aucune contre-indication à la pratique et à l'encadrement des activités
physiques et sportives concernées par son activité professionnelle (Padel).

Fait à, le

Signature et Cachet du Médecin (obligatoire) :