

**Certificat médical de non-contre-indication à la pratique et à  
l'enseignement du tennis datant de moins de 6 mois  
– Formation CQPET**

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 (CQP Educateur Tennis).

Fait à ....., le .....

**Signature et Cachet du Médecin (obligatoire) :**