

ATTESTATION CERS

Je, soussigné(e)

en ma qualité de

certifie que

Informations patient

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Code postal :

Ville :

AVEC UN CRITÈRE SPORTIF (catégorie 1 et 4)

*A faire remplir uniquement par Ligue, Fédération,
Comité régional*

**A participé à une compétition au cours des douze
derniers mois de niveau :**

- Equipe de France
 International
 National
 Régional

Sport pratiqué :

Club :

est sportif professionnel Oui Non

ou

AVEC UN CRITÈRE PROFESSIONNEL (catégorie 5 et 6)

A faire remplir uniquement par la hiérarchie

Est employé en tant que :

- Policier Pompier Professionnel
 Gendarme Militaire
 Douanier
(branche de la surveillance)

Affecté(e) à :

Et exerce une activité physique intensive dans l'exercice de cette
fonction

Fait pour valoir ce que de droit

A

le

Cachet obligatoire

Signature

A envoyer au : Service inscriptions CS20129 40130 Capbreton ou par Email : ingrid.ducamp@ramsaysante.fr