

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 : inscription.cers@ramsaysante.fr