



CERTIFICAT DE RÉALISATION

Je soussigné(e), *Hervé LIBERMAN*, Président, représentant légal du Comité Régional Olympique et Sportif Provence-Alpes-Côte d'Azur, organisme de formation enregistré sous le numéro de déclaration d'activité 93131249513 auprès de la DREETS de la Région Provence-Alpes-Côte d'Azur, atteste que :

M. Nicolas LEROUX

A suivi l'action de formation : ***SPORT SUR PRESCRIPTION MEDICALE***

Ayant pour objectifs de permettre aux acteurs du sport et de la santé de développer et renforcer leurs compétences dans l'accueil, l'encadrement et l'évaluation des patients orientés par leur médecin.

Qui s'est déroulée du ***27/11/2023 au 29/03/2024*** pour une durée de : ***59 heures en présentiel et distanciel***

Après réception du rapport de stage, cette formation a été évaluée et validée au sein de la structure qui a accueilli le module pratique.

Sans préjudice des délais imposés par les règles fiscales, comptables ou commerciales, je m'engage à conserver l'ensemble des pièces justificatives qui ont permis d'établir le présent certificat pendant une durée de 3 ans à compter de la fin de l'année du dernier paiement. En cas de cofinancement des fonds européens la durée de conservation est étendue conformément aux obligations conventionnelles spécifiques.

Fait à Cabriès, le ***2 Juillet 2024***

Hervé LIBERMAN

Président du CROS Région Sud Provence-Alpes-Côte d'Azur

