

 RÉPUBLIQUE FRANÇAISE <small>Liberté Égalité Fraternité</small>	FORMATION : DEJEPS SPECIALITE : PERFECTIONNEMENT SPORTIF MENTION : ACTIVITES DU CYCLISME OPTION <input type="checkbox"/> BMX <input type="checkbox"/> Cyclisme traditionnel <input type="checkbox"/> Vélo tout terrain	
<p><u>CERTIFICAT MÉDICAL</u></p> <p><i>Daté de moins d'un an à la date d'entrée en formation</i></p>		
<p>CERTIFICAT MÉDICAL DE NON CONTRE-INDICATION</p> <p>Je soussigné(e), Docteur en Médecine, certifie avoir examiné ce jour, Mme/M., Né(e) le :</p> <p>et avoir constaté qu'il (elle) ne présente aucune contre-indication à la pratique et à l'encadrement des activités liées aux activités du Cyclisme.</p> <p>Observations :</p> <p>Fait le : / /</p> <p>À :</p> <p style="text-align: right; margin-top: 20px;">Signature et cachet (obligatoire) :</p>		



MONTPELLIER
 2, avenue Charles Flahault - 34090 Montpellier
 Tél. : +33 4 67 61 05 22
 Mail : formation@creps-montpellier.sports.gouv.fr



www.creps-montpellier.org



@crepsmontpellieroccitanie



@crepsmontpellier