

 RÉPUBLIQUE FRANÇAISE <i>Liberté Égalité Fraternité</i>	FORMATION : BPJEPS SPECIALITE : ÉDUCATEUR SPORTIF MENTION : ACTIVITÉ GOLF	
<u>CERTIFICAT MÉDICAL</u> <i>Daté de moins d'un an à la date d'entrée en formation</i>		
CERTIFICAT MÉDICAL DE NON CONTRE-INDICATION Je soussigné(e), Docteur en Médecine, certifie avoir examiné ce jour, Mme/M., Né(e) le : et avoir constaté qu'il (elle) ne présente aucune contre-indication à la pratique et à l'encadrement à l'activité golf. Observations : Fait le : / / À : Signature et cachet (obligatoire) :		



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