

 <p>MINISTÈRE CHARGÉ DES SPORTS <i>Liberté Égalité Fraternité</i></p>	<p>Formation : DEJEPS Spécialité : PERFECTIONNEMENT SPORTIF Mention : CANYONISME</p>
<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 À LA PRATIQUE ET À L'ENSEIGNEMENT</p> <p>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'enseignement des activités suivantes : Canyonisme</p> <p>Observations :</p> <p>Fait le :/...../..... À :</p> <p style="text-align: right;">Signature et cachet (obligatoire) :</p>	