

 <p><b>MINISTÈRE CHARGÉ DES SPORTS</b> <i>Liberté Égalité Fraternité</i></p>	<p><b>Formation :</b> DEJEPS <b>Spécialité :</b> PERFECTIONNEMENT SPORTIF <b>Mention :</b> ESCALADE EN MILIEUX NATURELS</p>
<p><b><u>CERTIFICAT MÉDICAL</u></b></p> <p><i>Daté de moins d'un an à la date d'entrée en formation</i></p>	
<p><b>CERTIFICAT MÉDICAL DE NON CONTRE-INDICATION À LA PRATIQUE ET À L'ENSEIGNEMENT</b></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 : ESCALADE EN MILIEUX NATURELS ..... ..... .....</p> <p>Observations : ..... ..... ..... .....</p> <p>Fait le : ...../...../..... À : .....</p> <p style="text-align: right;">Signature et cachet (obligatoire) :</p>	