



**MINISTÈRE  
CHARGÉ DES SPORTS**

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*

**Formation : DEJEPS**  
**Spécialité : PERFECTIONNEMENT SPORTIF**  
**Mention : ACTIVITES DE PLONGEE SUBAQUATIQUE**

## CERTIFICAT MÉDICAL

*Daté de moins d'un an à la date d'entrée en formation*

### **CERTIFICAT MÉDICAL DE NON CONTRE-INDICATION À LA PRATIQUE ET À L'ENSEIGNEMENT DE LA PLONGEE**

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 de la  
plongée .....

Observations : .....

Fait le : ...../...../.....

À : .....

Signature et cachet (obligatoire) :