

 <p>RÉPUBLIQUE FRANÇAISE <i>Liberté Égalité Fraternité</i></p>	<p>FORMATION : BPJEPS SPECIALITE : ÉDUCATEUR SPORTIF MENTION : VOILE</p>	
<p style="text-align: center;"><u>CERTIFICAT MÉDICAL</u> <i>Daté de moins d'un an à la date d'entrée en formation</i></p>		
<p style="text-align: center;">CERTIFICAT MÉDICAL DE NON CONTRE-INDICATION</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'encadrement des activités de la voile. Observations : Fait le : / / À :</p> <p style="text-align: right;">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. www.creps-montpellier.org



@crepsmontpellieroccitanie



@crepsmontpellier