

 <p>RÉPUBLIQUE FRANÇAISE <i>Liberté Égalité Fraternité</i></p>	<p>FORMATION : DEJEPS SPECIALITE : PERFECTIONNEMENT 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 :</p> <p>et avoir constaté qu'il (elle) ne présente aucune contre-indication à la pratique et à l'encadrement des activités de la voile.</p> <p>Observations :</p> <p>Fait le : / /</p> <p>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.creps-montpellier.org



[@crepsmontpellieroccitanie](https://www.instagram.com/crepsmontpellieroccitanie)



[@crepsmontpellier](https://www.facebook.com/crepsmontpellier)