

 <p><b>RÉPUBLIQUE FRANÇAISE</b> <i>Liberté Égalité Fraternité</i></p>	<p>FORMATION : DEJEPS SPECIALITE : PERFECTIONNEMENT SPORTIF <b>MENTION : TRIATHLON ET DISCIPLINES ENCHAÎNÉES</b></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;"><b>CERTIFICAT MÉDICAL DE NON CONTRE-INDICATION</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'encadrement des activités du triathlon et disciplines enchaînées.</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. www.creps-montpellier.org



@crepsmontpellieroccitanie



@crepsmontpellier