

 <p><b>RÉPUBLIQUE FRANÇAISE</b> <i>Liberté Égalité Fraternité</i></p>	<p><b>NON CONTRE-INDICATION</b> <b>Public pédagogique</b></p>	 <p><b>CREPS</b> M O N T P E L L I E R</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 en glisses aérotractées et disciplines associées (kite, wing...).</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](mailto:formation@creps-montpellier.sports.gouv.fr)



[www.creps-montpellier.org](http://www.creps-montpellier.org)



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



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