Logo_REGIONS ACA_PAYS DE LA LOIRE.emf

**Identification de l'OF**

**CERTIFICAT MEDICAL**

**(à joindre au dossier d'inscription)**

Exigé pour tout(e) candidat(e) se soumettant aux tests des exigences préalables à l'entrée en formation (EPEF) et sélections du diplôme mentionné ci-dessous.

**Il doit dater de moins d'un an à la date des tests d'exigences préalables (TEP) et de moins d'un an à la date d'entrée en formation (article A212-35 et A212-36 du code du sport).**

**BPJEPS** spécialité "**éducateur sportif**", mention **"voile multi-supports jusqu’à 6 milles nautiques d’un abri"**

(Arrêté du 30 août 2017 portant création de la mention " voile multi-supports jusqu’à 6 milles nautiques d’un abri " du BPJEPS spécialité "éducateur sportif).

Exigences mentionnées par le diplôme > Annexe IV : présenter un certificat médical de non contre-indication de la pratique de la " voile " datant de moins d’un an à la date de l’entrée en formation.

Je soussigné (e), ...................................................................................................................................................................., docteur en médecine, certifie avoir examiné ce jour :

⬜ Madame ⬜ Monsieur

NOM .......................................................................................................................................................................................

Prénom ...................................................................................................................................................................................

Né (e) le ..................................................................................................................................................................................

à ..............................................................................................................................................................................................

et avoir constaté qu’il (elle) ne présente aucune contre-indication **à la pratique et à l'encadrement de la voile** (planche à voile, dériveur ou catamaran, voilier en équipage et leurs activités associées dont le stand up paddle et le foil).

Ce certificat médical est établi pour faire valoir ce que de droit et remis en mainpropre à l’intéressé(e).

A ................................................................................................., le ......................................................................................

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Cachet du médecin |  | Signature du médecin |
|  |  |  |
|  |  |  |