

CERTIFICAT MEDICAL – DE MOINS DE 1 AN

Exigé pour tout(e) candidat(e) pour les formations :
BPJEPS Activités Physiques et sportives de la Forme

JE SOUSSIGNE(E), _____, DOCTEUR EN MEDECINE, CERTIFIE AVOIR
EXAMINE CE JOUR M/MME _____ ET AVOIR CONSTATE QU'IL(OU ELLE) NE
PRESENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION APPARENTE A LA PRATIQUE ET A L'ENCADREMENT DES ACTIVITES
DE LA FORME.

Fait à _____, le _____

(signature et cachet du Médecin)