

## CERTIFICAT MEDICAL

Exigé pour tout(e) candidat(e) souhaitant entrer en formation au  
Certificat de Qualification Professionnelle animateur de Mobilité à Vélo

En application des articles L.231-2 à L.231-2-3  
D. 231-1-1 à D.231-1-5  
Du Code du Sport

Je soussigné(e) (Prénom-Nom)

Docteur en : (rayer la mention inutile)

Médecine Générale / Médecine du sport / Autre spécialité :

**Certifie avoir examiné ce jour, M / Mme / Mlle** (rayer la mention inutile)

PRENOM – NOM :

Né(e) le

Demeurant :

**Et n'avoir relevé aucun signe clinique apparent, ni aucune contre-indication dans les antécédents :**

- **A la pratique sportive** : (rayer la mention inutile)

Sans restriction / A l'exception de la (des) discipline(e) :

- **A l'encadrement et l'animation des activités physiques ou sportives**

Sans restriction / A l'exception de la (des) discipline(e) :

CACHET ET SIGNATURE DU MEDECIN

Fait à

Le / /20

### INFORMATION AU MEDECIN SIGNATAIRE

L'animateur de Mobilité à Vélo est une profession réglementée régit par le Code du Sport.

En vertu de l'article A. 212-178 du Code du Sport, toute personne exerçant ou désirant exercer les fonctions d'éducateur sportif doit être en mesure de présenter au service chargé de l'instruction du dossier de déclaration un certificat médical de non-contre-indication à la pratique et à l'encadrement de ces activités physiques ou sportives qu'il encadre.