

## CERTIFICAT MEDICAL – DE MOINS DE 1 AN

Exigé pour tout(e) candidat(e) à la formation :  
**BPJEPS Activités Physiques pour Tous**

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  
PHYSIQUES ET SPORTIVES.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_  
(signature et cachet du Médecin)

