

CERTIFICAT MEDICAL – DE MOINS DE 1 AN

Exigé pour tout(e) candidat(e) pour les formations :

BPJEPS Activités Physiques pour Tous

BPJEPS Activités 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 ET DES ACTIVITES PHYSIQUES ET SPORTIVES.

Fait à _____ , le

(signature et cachet du Médecin