

CERTIFICAT MEDICAL

De non-contre-indication à la pratique et à l'enseignement Des activités physiques pour tous

Je soussigné(e), _____

Docteur en Médecine, certifie avoir examiné

M. ou Mme _____

P

Il ou elle ne présente à ce jour aucune contre-indication médicale décelable à la pratique et à l'encadrement des activités physiques pour tous.

Certificat établi à la demande de l'intéressé(e) et remis en mains propres pour valoir ce que de droit

Taille : _____ Poids : _____

Observations : _____

Fait à : _____ Le : _____

Signature et Cachet du Médecin

NB. :

Au regard des exigences de la formation BPJEPS AF, le candidat doit répondre aux critères médicaux suivants :

- Etat du système cardio-respiratoire permettant de réaliser un test navette de Luc Léger et le suivi d'un cours collectif d'activation cardio vasculaire
- Etat de l'ensemble du système articulaire et musculaire permettant de réaliser un travail soutenu de force, d'haltérophilie, d'endurance, de renforcement musculaire, de souplesse, de coordination et de vitesse.