



CERTIFICAT MÉDICAL (À JOINDRE AU DOSSIER D'INSCRIPTION)

Exigé pour tout(e) candidat(e) se soumettant aux tests des exigences préalables à l'entrée en formation (EPEF) et sélections du diplôme mentionné ci-dessous.

Il doit dater de moins d'un an à la date des tests d'exigences préalables (TEP) et de moins d'un an à la date d'entrée en formation (article A212-35 et A212-36 du code du sport).

CQP INSTRUCTEUR FITNESS OPTION MUSCULATION ET PERSONAL TRAINING

Je soussigné(e), _____

Docteur en Médecine, certifie avoir examiné M. ou Mme

Il/Elle ne présente à ce jour aucune contre-indication médicale décelable à la pratique et à l'encadrement d'activités physiques et sportives.

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