



**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