



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 d'entrée en formation (article A212-35 et A212-36 du code du sport).

MULTI ACTIVITÉS PHYSIQUES OU SPORTIVES POUR TOUS (MAPST)

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 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