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).

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 des activités du diplôme ci-dessous :

- ☐ Classe préparatoire au BPJEPS
- ☐ BPJEPS mention Activités de la forme Option Haltérophilie/Musculation (BPJEPS AF Option B)
- ☐ BPJEPS mention Activités de la forme Option Haltérophilie/Musculation & Cours Collectifs (BPJEPS AF Option AB)
- ☐ BPJEPS mention Activités physiques et sportives de la forme (BPJEPS APSF)
- ☐ BPJEPS mention Multi activités physiques et sportives pour tous (BPJEPS MAPST)
- ☐ BPJEPS mention Activités aquatiques et de la natation (BPJEPS AAN)
- ☐ CQP mention Instructeur Fitness Option Fitness en Musculation et Personal Training (CQP IF)

Taille : _____ Poids : _____

Observations :

_____
_____
_____
_____
_____

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

Fait à : _____ Le : __ __ / __ __ / __ __ __ __

_____
Signature et Cachet du Médecin