

CERTIFICAT MEDICAL

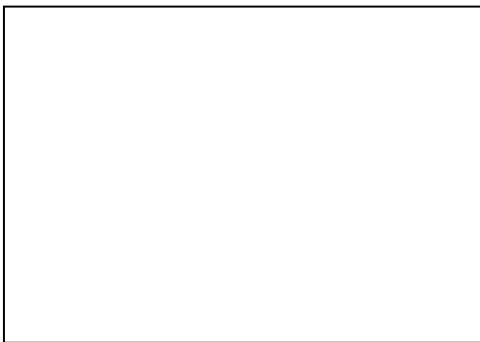
Exigé pour tout(e) candidat(e) à la formation du BPJEPS Spécialité « Educateur sportif » Mention
« Activités de la forme » Option « Cours collectif » et « Haltérophilie, musculation »

Je soussigné(e), _____ Docteur en médecine, certifie avoir examiné ce
jour Mr / Mme / Mlle* _____ et n'avoir constaté à l'examen clinique aucun
signe apparent paraissant contre indiquer la pratique et l'enseignement des activités de la forme.

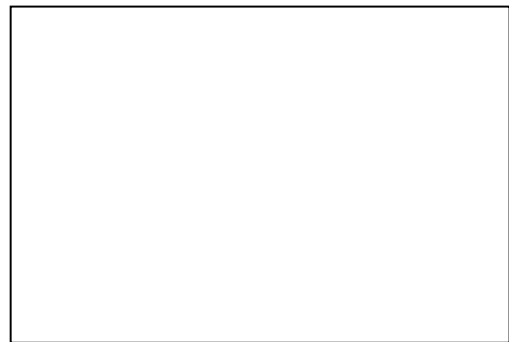
Fait à

Le / /

Cachet du Médecin

A large, empty rectangular box intended for the doctor's official stamp or seal.

Signature du Médecin

A large, empty rectangular box intended for the doctor's handwritten signature.

* *Rayer la mention inutile.*