



Certificat médical

Je soussigné(e) _____ certifie avoir examiné ce jour

Mr / Mme / Mlle _____

Et n'avoir constaté à l'examen clinique aucune contre indication apparente :

- ☐ À la pratique sportive
- ☐ À l'enseignement et à l'encadrement de la pratique sportive
- ☐ À la pratique de l'haltérophilie musculation, y compris en compétition

Dans le cadre du diplôme :

- ☐ BPJEPS (MAPST) Multi-Activités Physiques ou Sportives pour tous
+ passage des TEP
- ☐ BPJEPS (APSF) Activités Physiques et Sportives de la Forme +
passage des TEP

Fait à _____

Le ____ / ____ / ____

Cachet et signature du médecin :