



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 (MAPS) 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 :