

|  |   |
|--|---|
|   | <p><b>Formation :</b> BPJEPS<br/><b>Spécialité :</b> EDUCATEUR SPORTIF<br/><b>Mention :</b> ACTIVITES EQUESTRES</p> |
| <p><b>CERTIFICAT MÉDICAL</b></p> <p><i>Daté de moins d'un an à la date d'entrée en formation</i></p>   |   |
| <p><b>CERTIFICAT MÉDICAL DE NON CONTRE-INDICATION<br/>À LA PRATIQUE ET À L'ENSEIGNEMENT DES ACTIVITES EQUESTRES</b></p> <p>Je soussigné(e) ....., Docteur en Médecine,<br/>certifie avoir examiné ce jour :</p> <p>Mme/M. ....,</p> <p>Né(e) le : .....</p> <p>et avoir constaté qu'il (elle) ne présente aucune contre-indication à la pratique et à l'enseignement des<br/>activités équestres.</p> <p>.....</p> <p>Observations : .....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Fait le : ...../...../.....</p> <p>À : .....</p> <p style="text-align: right;">Signature et cachet (obligatoire) :</p> |   |

