


|   |  |
|---|--|
|  <p><b>MINISTÈRE<br/>CHARGÉ DES SPORTS</b><br/><i>Liberté<br/>Égalité<br/>Fraternité</i></p>   | <p><b>Formation</b> : BPJEPS<br/><b>Spécialité</b> : EDUCATEUR SPORTIF<br/><b>Mention</b> : ACTIVITES DE LA FORME<br/><b>Option</b> : COURS COLLECTIFS</p> |
| <p><u>CERTIFICAT MÉDICAL</u></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 DE LA FORME EN COURS COLLECTIFS</b></p> <p>Je soussigné(e) ....., Docteur en Médecine,<br/>certifie avoir examiné ce jour,<br/>Mme/M. ....,<br/>Né(e) le : .....<br/>et avoir constaté qu'il (elle) ne présente aucune contre-indication à la pratique et à l'enseignement des<br/>activités suivantes : COURS COLLECTIFS</p> <p>.....</p> <p>Observations : .....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Fait le : ...../...../.....</p> <p>À : .....</p> <p style="text-align: right;">Signature et cachet (obligatoire) :</p> |  |