

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