

## CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e), ..... , Docteur en médecine,

certifie avoir examiné ce jour : Monsieur, Madame ..... ,  
né(e) le ..... / ..... / .....

et avoir constaté qu'il/elle ne présente aucune contre-indication cliniquement décelable pour la pratique et à l'encadrement de l'activité ou des activités physiques ou sportives, concernées par le diplôme :

- BPJEPS Activités Physiques et Sportives de la Forme (APSF)
- BPJEPS Activités de la Forme (AF)
- BPJEPS Multi-Activités Physiques ou Sportives pour Tous (MAPST)
- BPJEPS Activités du Tennis de Table (ATT)

Certificat établi à la demande de l'intéressé(e) et remis en main propre pour faire valoir ce que de droit.

Fait à ..... , le ..... / ..... / .....

*Cachet et signature du Médecin*