

## **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*