

CERTIFICAT MEDICAL

Daté de moins d'un an à la date d'entrée en formation

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) / 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