

## CERTIFICAT MEDICAL

Exigé pour tout(e) candidat(e) à la formation du BPJEPS AF option(s) Haltérophilie, Musculation et/ou Cours Collectifs

Je soussigné(e),

.....

Docteur en médecine, .....

**Certifie avoir examiné ce jour Mr / Mme / Mlle\* :**

(NOM – Prénom) .....et avoir constaté qu'il (elle) ne présente aucune contre-indication physique à la pratique et à l'enseignement des activités gymniques de la forme et de la force.

\* Rayer la mention inutile.

Fait à ....., le .....

- cachet avec n° d'inscription à l'ordre et signature du médecin obligatoire
- La formation comporte de nombreux exercices qui sollicitent le système cardiovasculaire et respiratoire, le rachis et les articulations.

### Cachet du médecin et signature