

**CERTIFICAT MEDICAL  
de non-contre-indication à la pratique  
et à l'encadrement**

**BPJEPS  
Spécialité sportive  
Mention activités physiques de la forme**

Je, soussigné(e), Docteur \_\_\_\_\_  
demeurant \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**CERTIFIE AVOIR EXAMINE**

M./Mme \_\_\_\_\_ né(e) le [\_\_\_\_\_] [\_\_\_\_\_] [\_\_\_\_\_] \_\_\_\_\_

Demeurant \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

et n'avoir pas constaté, à la date de ce jour, de contre-indication médicale **à la pratique et à l'encadrement des activités sportives**, et notamment des activités de la forme.

Observations éventuelles :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Fait à : \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature et cachet du médecin