

CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné(e) : _____, docteur en médecine,

Certifie avoir examiné

Nom/Prénom :

Né(e) le :

Et avoir constaté qu'il/elle* ne présente aucun signe de contre-indication apparente à la pratique, l'encadrement et à l'enseignement des sports pratiqués dans le cadre du BPJEPS Activités de la Forme (AF)

- Option Cours Collectifs (Fitness)
- Option Haltérophilie Musculation

Y compris à la pratique en compétition l'haltérophilie et/ou de la musculation.

*rayer la mention inutile

Observations :

Taille :

Poids :

Fait à :

Le :

Cachet et signature du médecin :

Association FORME

54 Avenue de Flandre - 60190 ESTREES ST DENIS

Téléphone : 09.51.73.75.55.

Mail : secretariat.forme@gmail.com - Site : <https://associationforme-bpjeps-oise.fr/>

N° de déclaration 22600159760 – Code APE 8559A – N° SIRET 423 016 666 000 12 – N° UAI : 0602192G