

CERTIFICAT MÉDICAL TYPE = BPJEPS MAPST

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

Certifie avoir examiné

Nom/Prénom :

Né(e) le :

Et n'avoir constaté à la date de ce jour, aucun signe de contre-indication à la pratique et à l'encadrement des activités physiques et sportives, ainsi qu'à la pratique des Activités Physiques ou Sportives pour Tous.

Observations :

Fait à :

Le :

Cachet et signature du médecin :