

CERTIFICAT MÉDICAL

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'enseignement des sports suivants :

- BPJEPS Activités de la Forme (AF) – y compris à la pratique en compétition de l'haltérophilie et/ou de la musculation.
- BPJEPS Activités Physiques pour Tous (APT).
- BPJEPS Activités Sports Collectifs (ASC).

Observations :

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-bpjepe-oise.fr/>

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