CERTIFICAT MEDICAL

Certificat médical de non contre-indication à la pratique, à l'encadrement et à l'enseignement des activités visée par le diplôme du **Brevet Professionnel de la Jeunesse, de l'Education Populaire et du Sport, spécialité « Educateur Sportif », mention « Activités de la Forme », option « Cours Collectifs » et/ou option « Haltérophilie, Musculation ».**

MERCI DE REMPLIR LES CASES EN MAJUSCULES

Je soussigné(e),

NOM

PRENOM

Docteur(e) en :

- ☐ **Médecine générale**
- ☐ **Médecine du sport**
- ☐ **Médecine spécialisée, précisez :**
- ☐ **Autre, précisez :**

Certifie avoir examiné :

NOM

PRENOM

DATE DE NAISSANCE (JJ/MM/AAAA) AGE **ans**

Et n'avoir pas constaté, à la date de ce jour, de contre-indication médicale à la pratique, à l'encadrement et à l'enseignement des activités suivantes :

- ☐ **Cours collectifs (Activités cardio-vasculaire, renforcement musculaire, étirement musculaire)**
- ☐ **Musculation**
- ☐ **Haltérophilie**
- ☐ **Culturisme**
- ☐ **Force Athlétique**

Observations éventuelles :

Fait le (JJ/MM/AAAA) : **Cachet et signature :**