

**Certificat Médical de Non-Contre-Indication
à la pratique et à l'enseignement des activités du :**

BPJEPS APT*

BPJEPS APT option Sport Co*

BPJEPS AF*

** A saisir obligatoirement*

Je soussigné Docteur

Demeurant.....

CERTIFIE AVOIR EXAMINE

M / Mme Né(e) le

Demeurant.....

Et n'avoir constaté à ce jour, de contre-indications médicales à la pratique et à l'enseignement des activités du BPJEPS renseigné ci-dessus.

Taille : Poids :

Observations éventuelles :

Fait à : Le :

Signature et Cachet du Médecin

REMARQUE TRÈS IMPORTANTE

Compte tenu de la spécificité et des exigences de la formation les candidats doivent satisfaire aux critères médicaux suivants :

- Etat satisfaisant du système cardio-vasculaire
- Etat satisfaisant de la colonne lombaire et de la charnière lombo-sacrée
- Etat satisfaisant des épaules, coudes, hanches, genoux, chevilles, ne présentant pas de malformation, traumatisme ou intervention chirurgicale limitant, pénalisant un travail en amplitude et en force (muscultation intensive, haltérophilie et activité fitness)