

CERTIFICAT MEDICAL

***Exigé pour tout(e) candidat(e) au Brevet Professionnel de la Jeunesse, de
l'Education Populaire et du Sport
Spécialité « Educateur Sportif »
Mention « Activités Physiques pour Tous »***

Je soussigné(e), Docteur en Médecine, _____

certifie avoir examiné ce jour, Mr/Mme * _____

et avoir constaté qu'il / elle * ne présente aucune contre-indication apparente à la pratique et à
l'enseignement des activités physiques pour tous

Fait à _____ **le** ____ / ____ / ____

Cachet du Médecin (original)

Signature du Médecin (originale)