



**CERTIFICAT MEDICAL  
de non contre-indication à la pratique et à  
l'enseignement  
des activités de la forme**

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_

Docteur en Médecine, certifie avoir examiné

M. ou Mlle \_\_\_\_\_

Il ou elle ne présente à ce jour aucune contre-indication médicale décelable à la pratique et à l'encadrement des activités de la forme.

Certificat établi à la demande de l'intéressé(e) et remis en mains propres pour valoir ce que de droit.

Taille : \_\_\_\_\_ Poids: \_\_\_\_\_

Observations : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fait à : \_\_\_\_\_ Le : \_\_\_\_\_

Signature et Cachet du Médecin

NB. :

Au regard des exigences de la formation BPJEPS AF, le candidat doit répondre aux critères médicaux suivants :

- Bon état du système cardio-respiratoire
- Bon état de la colonne vertébrale
- Bon état des articulations ne présentant pas de caractéristiques pénalisant un travail de force, de souplesse, d'amplitude et de coordination.