

CERTIFICAT MEDICAL

De non contre-indication à la pratique
et à l'enseignement
BPJEPS Activités Physiques pour Tous

Je
soussigné(e), _____

_____ Docteur en Médecine, certifie avoir examiné M ou Mme

_____ Il ou elle ne présente à ce jour aucune contre-indication médicale décelable à la
pratique et à

l'encadrement des activités physiques pour tous.

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 APT, 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