

**MODÈLE DE CERTIFICAT MÉDICAL DE NON CONTRE-INDICATION
À LA PRATIQUE ET À L'ENCADREMENT DES ACTIVITÉS PRATIQUÉES
POUR LES TESTS D'ENTREE ET AU COURS DE LA FORMATION**

BPJEPS Activités de la forme

Obligatoire et daté de moins d'un an à la date d'entrée en formation

Je soussigné(e), , docteur en médecine,
certifie avoir examiné, M./ Mme. ,

et n'avoir constaté à la date de ce jour aucune contre-indication médicale apparente à l'exercice et à l'encadrement

des activités de la forme (cochez les options demandées)

option musculation-haltérophilie

option cours collectifs

Merci de préciser ci-dessous toute allergie ou tout médicament qui pourraient être contre-indiqués :

.....
.....

Fait à ,

le ,

(Signature et cachet du médecin)

Tests d'exigences préalables d'entrée en formation du BPJEPS activités de la forme :

Annexe IV de l'arrêté du 5 septembre 2016

https://www.sports.gouv.fr/IMG/pdf/bp_af_-_annexes_-_5_septembre_2016.pdf