

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e) : _____, Docteur en Médecine

certifie avoir examiné :

Nom/Prénom : _____

Né(e) le : _____

Et n'avoir constaté aucun signe, à la date de ce jour, de contre-indication à la pratique et à l'enseignement du Sport suivant

- BP JEPS Activités Physiques pour Tous (APT)
- BP JEPS Activités Sports Collectifs (ASC)
- BP JEPS Activités Gymniques (AG)
- BP JEPS Activités de la Forme (AF)
- BP JEPS Activités Equestres (AE)
- BP JEPS Activités Aquatiques et de la Natation(AAN)
- BP JEPS Judo-Jujitsu (JJ)
- Brevet de Moniteur de Football (BMF)
- DE JEPS Perfectionnement Sportif Mention Tennis
- DES JEPS Performance sportive Mention Tennis

Observations : _____

Fait à _____ le _____

Cachet et Signature du Médecin