

## Certificat médical

### BP JEPS AF ou CQP ALS

Je soussigné, .....

Docteur en médecine, n° d'ordre ..... certifie avoir examiné à ce jour,

Nom ..... Prénom .....

Et avoir constaté :

- qu'il(elle) ne présente pas d'antécédents médicaux et de signes pathologiques cliniquement décelables,
- qu'il (elle) ne présente aucune contre-indication physique à la pratique et à l'enseignement du sport, (Activités de la Forme : Fitness et Musculation)
- qu'il (elle) ne présente aucune contre-indication physique à la pratique de l'haltérophilie en compétition pour la saison sportive 20 ... .. / 20 ... ..

Fait à ..... le .....

Signature et cachet