

Certificat médical

(De moins de 1 an au moment de l'inscription)

Je soussigné(e)

Docteur en médecine, certifie avoir examiné ce jour

Madame, Mademoiselle, Monsieur (1)

NOM :

Prénom :

Et avoir constaté que le patient ne présente aucune contre-indication cliniquement apparente à la pratique et à l'enseignement des **Activités Physiques et Sportives de la Forme (BP JEPS APSF)** ainsi qu'au passage des tests physiques d'entrée en formation « Tests d'Exigences Préalables » (T.E.P)

Fait à le

Cachet et signature du praticien

(1) Rayer la mention inutile