

CERTIFICAT MEDICAL

Exigé pour tout(e) candidat(e) à la formation du BPJEPS AF option A et B

Je soussigné(e).Docteur en médecine, certifie avoir examiné ce
jour M. / Mme / Mlle et n'avoir constaté à l'examen clinique aucun
signe apparent paraissant contre-indiquer la pratique et l'enseignement des activités physiques et sportives.

Au regard de la spécificité et des exigences physiques de la formation qui est proposée, ce sujet présente une
intégrité fonctionnelle et satisfaisante dans les domaines suivants :

- État satisfaisant de la colonne lombaire et de la charnière lombo-sacrée (*Pour supporter les épreuves de musculation-squat-développé couché-tractions-etc...*)
- État satisfaisant des épaules, coudes, poignets, mains, hanches, genoux, chevilles, pieds ne présentant pas de malformations ou d'interventions chirurgicales pénalisant un travail en amplitude et en force (*Pratique de la musculation intensive, gymnastique, fitness, step, ...*)
- État satisfaisant des systèmes cardiovasculaire et respiratoire.

Fait à

Le/...../.....

Cachet du Médecin	Signature du Médecin
-------------------	----------------------