

CERTIFICAT MEDICAL

Certificat médical de non contre-indication à la pratique, à l'encadrement et à l'enseignement des activités visée par le **Diplôme d'Etat de la Jeunesse, de l'Education Populaire et du Sport, spécialité « Perfectionnement Sportif », mention « Haltérophilie, Musculation et Disciplines Associées ».**

MERCI DE REMPLIR LES CASES EN MAJUSCULES

Je soussigné(e),

NOM

PRENOM

Docteur(e) en :

Médecine générale

Médecine du sport

Médecine spécialisée, précisez :

Autre, précisez :

Certifie avoir examiné :

NOM

PRENOM

DATE DE NAISSANCE (JJ/MM/AAAA)

AGE

 ans

Et n'avoir pas constaté, à la date de ce jour, de contre-indication médicale à la pratique, à l'encadrement et à l'enseignement des activités suivantes :

Musculation

Haltérophilie

Culturisme

Force Athlétique

Observations éventuelles :

Fait le (JJ/MM/AAAA) :

Cachet et signature :