

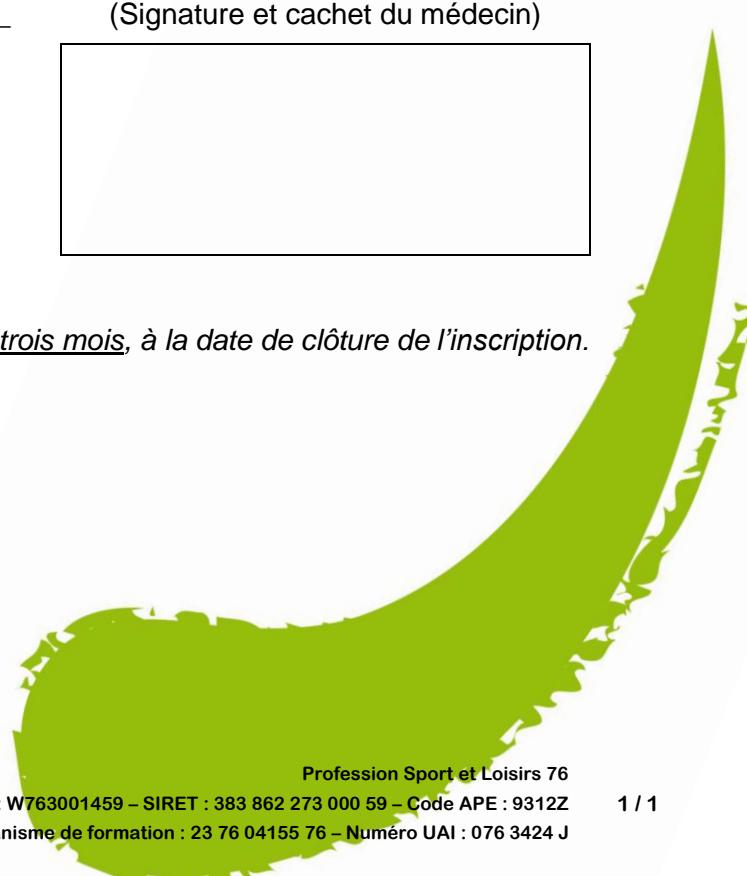
CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, , docteur en médecine, certifie avoir examiné, M..... , candidat(e) au **Certificat de Complémentaire « Accompagnement et Inclusion des Personnes en situation de Handicap »** associé au BPJEPS (**Brevet Professionnel de la Jeunesse, de l'Éducation Populaire et du Sport**), DEJEPS (**Diplôme d'État de la Jeunesse, de l'Éducation Populaire et du Sport**) et DESJEPS (**Diplôme d'État Supérieur de la Jeunesse, de l'Éducation Populaire et du Sport**), et n'avoir constaté à la date de ce jour, aucune contre-indication médicale apparente à la pratique des Activités Physiques Adaptées et à leurs enseignements.

Certificat remis en mains propres à l'intéressé pour servir et valoir ce que de droit.

Fait à le __ / __ / ____

(Signature et cachet du médecin)



Important

Ce certificat médical doit être daté de moins de trois mois, à la date de clôture de l'inscription.