

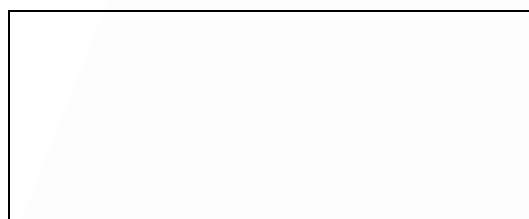
CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, , docteur en médecine, certifie avoir examiné,
M..... , candidat(e) au **C**ertificat de **C**omplémentaire
« **A**ccompagnement et **I**nclusion des **P**ersonnes en situation de **H**andicap » associé au
BPJEPS (**B**revet **P**rofessionnel de la **J**eunesse, de l'**É**ducation **P**opulaire et du **S**port),
DEJEPS (**D**iplôme d'**É**tat de la **J**eunesse, de l'**É**ducation **P**opulaire et du **S**port) et DESJEPS
(**D**iplôme d'**É**tat **S**upérieur de la **J**eunesse, de l'**É**ducation **P**opulaire et du **S**port), 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.