



**RÉGION ACADEMIQUE
OCCITANIE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

**Délégation Régionale Académique
à la Jeunesse, à l'engagement et aux Sports**



**CERTIFICAT MEDICAL
TEP BPJEPS MAPST**

**Je soussigné, Dr....., certifie avoir examiné ce
jour Mme / M , né(e) le.....**

**Mme / M. ne présente à ce jour aucune
contre-indication à la pratique et à l'encadrement des ACTIVITES PHYSIQUES OU
SPORTIVES POUR TOUS**

Certificat établi à la demande de l'intéressé pour faire valoir ce que de droit.

Fait à

Le

Cachet et signature du médecin