

CERTIFICAT MEDICAL

BPJEPS APT

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

Mme / M. [REDACTED] ne présente à ce jour aucune contre-indication à la
pratique et à l'encadrement des **ACTIVITES PHYSIQUES 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