



## **CERTIFICAT MÉDICAL**

**(À JOINDRE AU DOSSIER D'INSCRIPTION)**

Exigé pour tout(e) candidat(e) se soumettant aux tests des exigences préalables à l'entrée en formation (EPEF)  
et sélections du diplôme mentionné ci-dessous.

Il doit dater de moins d'un an à la date d'entrée en formation (article A212-35 et A212-36 du code du sport).

### **MULTI ACTIVITÉS PHYSIQUES OU SPORTIVES POUR TOUS (MAPST)**

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_

Docteur en Médecine, certifie avoir examiné M. ou Mme

\_\_\_\_\_

Il/Elle ne présente à ce jour aucune contre-indication médicale décelable à la pratique d'activités physiques et sportives.

Certificat établi à la demande de l'intéressé(e) et remis en mains propres pour valoir ce que de droit.

Taille : \_\_\_\_\_

Poids : \_\_\_\_\_

Observations :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Fait à : \_\_\_\_\_

Le : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature et Cachet du Médecin