

## **CERTIFICAT MEDICAL**

De non-contre-indication à la pratique et à l'enseignement des Activités Physiques pour Tous

Je soussigné(e),

**Docteur en Médecine, certifié avoir examiné**

**M. ou Mme**

Il ou elle ne présente à ce jour aucune contre-indication médicale décelable à la pratique et à l'encadrement des activités physiques pour tous.

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

**Observations :**

**Fait à :**

**Le :**

**Signature et Cachet du Médecin**

NB. : Au regard des exigences de la formation BPJEPS APT, le candidat doit répondre aux critères médicaux suivants : Etat du système cardio-respiratoire permettant de réaliser un test navette de Luc Léger et le suivi des différentes activités physiques et sportives - Etat de l'ensemble du système articulaire et musculaire permettant de réaliser un travail soutenu d'endurance, de renforcement musculaire, de souplesse, de coordination et de vitesse.