Logo_REGIONS ACA_PAYS DE LA LOIRE.emf

**Identification de l'OF**

**CERTIFICAT MEDICAL**

**(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 des tests d'exigences préalables (TEP) et de moins d'un an à la date d'entrée en formation (article A212-35 et A212-36 du code du sport).**

**BPJEPS** spécialité "**éducateur sportif**", mention "**activités physiques pour tous**".

(Arrêté du 21/06/2016 modifié portant création de la mention "activités physiques pour tous" du BPJEPS spécialité "éducateur sportif).

Je soussigné (e), ...................................................................................................................................................................., docteur en médecine, certifie avoir examiné ce jour :

⬜ Madame ⬜ Monsieur

NOM .......................................................................................................................................................................................

Prénom ...................................................................................................................................................................................

Né (e) le ..................................................................................................................................................................................

à ..............................................................................................................................................................................................

et avoir constaté qu’il (elle) ne présente aucune contre-indication **à la pratique et à l'encadrement** des activités physiques pour tous.

Ce certificat médical est établi pour faire valoir ce que de droit et remis en mainpropre à l’intéressé(e).

A ................................................................................................., le ......................................................................................

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Cachet du médecin |  | Signature du médecin |
|  |  |  |
|  |  |  |