



## CERTIFICAT MEDICAL

**Indispensable pour tout(e) candidat(e) à une formation dans les métiers du sport :**

Je soussigné(e), .....

Docteur en médecine, certifie avoir examiné ce jour :

M. / Mme .....

*(rayer la mention inutile)*

et n'avoir constaté à l'examen clinique aucun signe apparent paraissant contre indiquer :

*(cocher au choix en fonction de la formation demandée)*

la pratique et l'enseignement des activités de remise en forme **en musculation et en haltérophilie.**

*(pour les formations : « COACH HALTERO » ou « PREPARATION HALTEROPHILIE »)*

la pratique et l'enseignement des activités de remise en forme **en cours collectifs fitness** (renforcement musculaire, activités cardio-vasculaires, techniques douces et expression)

*(pour les formations : « CQP ALS AGEE », « PILATES », « YOGA »)*

la pratique et l'enseignement des activités de remise en forme **en musculation, en haltérophilie et en cours collectifs fitness.**

*(pour les formations : « BP JEPS AF options A et B », « PREFORMATION », « PREPA TEP options A et B », « COACH HALTERO », « FUNCTIONAL TRAINING », « PREPARATION HALTEROPHILIE »)*

Fait à .....

Le ...../...../ 20.....

Cachet du Médecin

Signature du Médecin