



INSTITUT
DES MÉTIERS
DE LA FORME

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 : « BP JEPS Educateur sportif mono option B » ou « CQP Instructeur Fitness mono option »)

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 » ou « CQP Instructeur Fitness options A et B »)

Fait à

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

Cachet du Médecin

Signature du Médecin