

CERTIFICAT MÉDICAL DE NON CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE ET A L'ENSEIGNEMENT DES SPORTS DE GLACE

OPTION :

*Exigé pour tout(e) candidat(e) au stage de Pré-qualification préparant au
Brevet d'État d'Éducateur Sportif 1er degré*

Je soussigné(e) Docteur en Médecine,

certifie avoir examiné(e) ce jour, Monsieur Madame Mademoiselle :

(Nom - Prénom) Né(e) le / /

et avoir constaté(e) qu'il/qu'elle* ne présente aucune contre-indication apparente
à la pratique et à l'enseignement du sport suivant :

* Rayer les mentions inutiles

Fait à, le / /

Cachet du Médecin
indiquant nom et adresse
obligatoire

Obligatoire

Signature du médecin

Obligatoire

IMPORTANT : *Le certificat médical doit être daté de moins de trois mois à la date des tests*