

# CERTIFICAT MÉDICAL DE NON CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE ET À 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 : .....

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*