

**CERTIFICAT MEDICAL**

Je soussigné(e), Docteur .....

demeurant à .....

certifie avoir examiné à la date de ce jour

M.....

âgé(e) de : ..... ans.

M..... est indemne de toute affection.

- Ses réactions cardio-vasculaires sont normales à l'effort <sup>1</sup>
- N'avoir pas constaté de signes cliniques apparents contre indiquant la pratique intense d'activités physiques et sportives et de compétition.

Taille minimum exigée (pour le professorat d'EPS) :

-1,52 m pour les femmes                      - Taille : .....

-1,56 m pour les hommes                      - Taille : .....

Poids : .....

Observations éventuelles :

Fait à ....., le .....  
Signature et cachet

<sup>1</sup> Epreuve d'effort laissée au libre choix du médecin.