

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 ¹
- 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

¹ Epreuve d'effort laissée au libre choix du médecin.