



CERTIFICAT MEDICAL BP JEPS VOLLEY ET DISCIPLINES ASSOCIEES

Je soussigné, Docteur (Nom-Prénom) \_\_\_\_\_, atteste avoir examiné ce jour

Madame  Monsieur

Nom :

Prénom :

Né(e) le :

A :

Il n'a pas été remarqué de non contre-indication à la pratique et à l'encadrement du volley-ball et de ses disciplines associées.

Pour faire valoir ce que de droit.

Date, cachet du cabinet, signature du médecin.

Exigé pour tout(e) candidat(e) se soumettant aux tests des exigences préalables à l'entrée en formation (EPEF) et sélections du diplôme mentionné ci-dessous.

**Il doit dater de moins d'un an à la date des tests d'exigences préalables (TEP) et de moins d'un an à la date d'entrée en formation (article A212-35 et A212-36 du code du sport).**