



CERTIFICAT MEDICAL BP JEPS EDUCATEUR SPORTIF MENTION ACTIVITES DU VOLLEY-BALL 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 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 candidat se soumettant aux tests des exigences préalables à l'entrée en formation et ou aux sélections du diplôme mentionné ci-dessus.

Ce certificat médical doit dater de moins d'un an à la date d'entrée en formation (Article A212-35 et A 212-36 du code du sport)