

## CERTIFICAT MEDICAL

### DE NON CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE ET A L'ANIMATION DES ACTIVITES GYMNQUES DE LA FORME ET DE LA FORCE

Je soussigné(e), ....., Docteur en Médecine,  
certifie avoir examiné M. / Mme / Mlle (NOM Prénom) .....,  
né(e) le ..... à ..... (Dpt ..... – Pays .....

Il / Elle ne présente à ce jour aucune contre-indication médicale décelable à la pratique et à l'animation des activités  
gymniques de la forme et de la force (fitness, musculation, culturisme, force athlétique, haltérophilie).

Certificat médical établi à la demande de l'intéressé(e) et remis en mains propres pour valoir ce que de droit.

Taille : ..... Poids : .....

Observations éventuelles : .....  
.....  
.....  
.....  
.....

Fait à : ..... Le : .....

Signature et cachet du médecin :

Nb : Au regard des exigences de la formation BPJEPS AGFF, il est important qu'une attention particulière soit portée au bon état du système cardio-vasculaire et respiratoire, de la colonne lombaire, de la charnière lombo-sacrée et des articulations, ne présentant pas de caractéristiques pénalisant un travail de force, de souplesse, d'amplitude, de coordination et d'endurance.