



## CERTIFICAT MEDICAL

### TEP au DEJEPS BMX

Je soussigné(e) .....Docteur en médecine, certifie avoir examiné  
ce jour M..... et n'avoir constaté aucune contre-  
indication à la pratique et à l'encadrement du BMX.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature et cachet du médecin

P.S. : ce certificat devra dater **de moins d'un an** à la date limite d'inscription à la formation.