

**CERTIFICAT MÉDICAL DE NON-CONTRE-INDICATION**  
**BPJEPS Multi-Activités Physiques ou Sportives pour Tous (MAPST)**  
***(Valable également pour les TEP du BPJEPS MAPST)***

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_, docteur en médecine, certifie avoir examiné ce  
jour M./Mme\* \_\_\_\_\_ et avoir constaté qu'il/elle\* ne présente aucune contre-  
indication apparente à la pratique et à l'encadrement des activités physiques et sportives concernées par le  
diplôme.

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

Fait à ..... le .....

*(Datant de moins d'un an à la date des tests de sélection ou des TEP)*

Cachet du médecin

Signature du médecin



Dispositions particulières pour les personnes présentant un handicap : la réglementation du diplôme prévoit que le directeur régional de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale peut, après avis d'un médecin agréé par la Fédération française Handisport ou par la Fédération française de Sport Adapté, aménager le cursus de formation et les épreuves d'évaluation certificative pour toute personne justifiant d'un handicap. Dans le cas où le médecin constate une contre-indication liée à un handicap, il le mentionne sur le certificat et oriente le(la) candidat(e) vers le dispositif mentionné ci-dessus. Dans ce cas, le candidat doit prendre contact avec le référent handicap de la DRAJES de son lieu de résidence.