CERTIFICAT MÉDICAL

Exigé pour tout(e) candidat(e) au Brevet Professionnel de la Jeunesse, de l'Éducation Populaire et des Sports

Je soussigné(e) :

Docteur en Médecine, certifie avoir examiné ce jour,

Mme - Mlle - M.* :

et avoir constaté que l'intéressé(e) ne présente aucune contre-indication à la pratique et à l'encadrement du sport automobile.

Fait à :

le :

Signature et cachet obligatoire :