



CERTIFICAT MÉDICAL 2024

(Valide sur l'année en cours)

À REMPLIR PAR LE MÉDECIN

Je, soussigné(e) Docteur (NOM) : certifie que l'examen de
Monsieur, Madame¹ né(e) le :,
ne présente aucune contre-indication à une pratique multisports, à la participation à la journée
d'épreuves d'admission et à la poursuite d'un cursus universitaire en Licence STAPS, Licence Sciences de
l'Education et de la formation.

¹ rayer la mention inutile

Date et signature du médecin :

Cachet du médecin (obligatoire) :

À REMPLIR PAR LE CANDIDAT :

NOM :

Prénom :

N° de téléphone :

Adresse mail :

Adresse postale :