

**Composante Interne de Formation STAPS (Sciences et Techniques des Activités  
Physiques et Sportives) de TARBES**

**Année universitaire 2022 - 2023**

**CERTIFICAT MÉDICAL D'APTITUDE  
À LA PRATIQUE SPORTIVE**

Je soussigné..... Docteur en médecine

Lieu d'exercice : .....

Certifie avoir examiné l'étudiant(e) .....

Né(e) le .....

Et constaté que son état de santé ne contre-indique pas la pratique sportive (multisports)  
dans le cadre de ses études en STAPS.

Date, signature et **cachet du médecin**

A ....., le .....