



**CERTIFICAT MEDICAL**

de non contre-indication à la pratique et à l'encadrement de l'activité, des activités physiques ou sportives au CQP Instructeur Fitness

exigé pour se présenter à l'examen du

**Certificat de Qualification Professionnelle "INSTRUCTEUR FITNESS"**

**Obligatoire à l'inscription et daté de moins de 1 an avant les tests de sélection**

Je soussigné (e) Docteur : .....

Demeurant à .....

**certifie avoir examiné ce jour :**

M. .... Né (e) le .....

Taille : ..... Poids : .....

Et n'avoir pas constaté, à ce jour, de contre-indication médicale à la pratique et à l'encadrement des activités fitness (force, endurance cardio-vasculaire, gymnastique en tant qu'activité individuelle et collective).

Observations éventuelles : .....

.....

A ..... le.....

**Signature et Cachet du Médecin**

**Remarques :**

La spécificité et les exigences du CQP Instructeur Fitness imposent aux candidat(e)s désireux de se présenter aux épreuves, un état satisfaisant de systèmes cardio-vasculaire, respiratoire et nerveux central.

**Epreuves pour lesquelles le certificat médical est requis :**

**Tests Physiques :**

- musculation : Squat, Développé couché, Soulevé de terre, Fentes, épaulé-jeté.

**Tests techniques :** (cours collectifs en musique)

- d'échauffement et de renforcement musculaire
- d'activation cardio-vasculaire de type step
- d'étirement musculaire

## QUESTIONNAIRE A REMPLIR SOIGNEUSEMENT

Joindre les pièces justificatives

### VOTRE SITUATION AU REGARD DE L'EMPLOI A L'ENTREE DE LA FORMATION

#### VOUS ETES SALARIE

Votre emploi : .....

Votre employeur : .....

Adresse : .....

.....

.....

Type de contrat :  CDI  CDD

Du ..... au .....

#### VOUS ETES DEMANDEUR D'EMPLOI

Depuis le : .....

N° allocataire : .....

Agence Pôle Emploi : .....

.....

Nom du conseiller : .....

Vous percevez :  ARE  RMI

Aucune rémunération  RSA  ASS

#### PRISE EN CHARGE

Quel est le montant de votre CPF ?.....

Vous bénéficiez d'une prise en charge :

OUI  NON  Ne sait pas

Par quel organisme : .....

Vous avez travaillé 24 mois dans les 5 ans  
(quelque soit le type de contrat)

Vous avez travaillé 4 mois dans les 12  
derniers mois.

#### VOUS ETES INSCRIT A LA MISSION LOCALE

Adresse : .....

.....

Nom du conseiller : .....

.....

N° tél : .....

e-mail : .....

### VOS ETUDES ET VOS DIPLOMES

#### VOS ETUDES – VOS DIPLOMES

##### Dernier diplôme obtenu :

CAP/BEP  BAC  BAC+2

BAC + 3  Autre précisez :

Etablissement : .....

Dernière classe fréquentée : .....

Année : .....

Auprès de quel établissement : .....

.....

#### AUTRES DIPLOMES

##### Diplômes jeunesse et sports

BAFA  BAFD  Tronc Commun

BAPAAT .....

BEES .....

BPJEPS .....

AUTRE .....

##### Diplômes fédéraux

Discipline : .....

Arbitre  animateur  initiateur

Moniteur  Entraîneur  Autre précisez :

.....

**Demande d'adaptation du parcours :**  non  oui

**Si oui :**  équivalence de diplôme  parcours en 2 sessions  autre.....

**Explication de la demande d'adaptation de parcours**.....

.....

**VOTRE EXPERIENCE SPORTIVE ANTERIEURE**

**En tant que salarié :**

Année Poste entreprise

.....

**En tant que bénévole :**

Année Poste entreprise

.....

**En tant que pratiquant :**

Année Poste entreprise

.....

**COMPETENCES INFORMATIQUES :**

Je sais : (ces informations ne nous servent pas à vous sélectionner. Répondez honnêtement.)

	OUI	NON		OUI	NON
Faire une recherche sur internet			Faire un retrait de paragraphe		
Envoyer des e-mails			Mettre en forme un tableau		
Envoyer des e-mails avec des pièces attachées			Faire une présentation Power-Point		
Mettre en forme une lettre			Insérer une image dans un texte		
Faire un sommaire			Faire des graphiques		