CERTIFICAT MÉDICAL

Daté d'au moins un an.

Je soussigné(e) ..... docteur en médecine, certifie avoir examiné ce jour, monsieur / madame .....

et avoir constaté qu'il/elle ne présente aucune contre-indication à :

- ☐ La pratique et à l'enseignement des Activités Physiques pour Tous **APT**
- ☐ La pratique des examens des Tests d'Exigences Préalables **TEP**

Fait le : .....

À : .....

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.

Ce document peut être modifié pour répondre aux besoins de la pédagogie. Date de modification : 28/01/2025