|  |
| --- |
| **AVIS MEDICAL**  **AMENAGEMENT D’EPREUVES**  **POUR LES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP** |

Je soussigné Dr : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Agréé ou désigné par *(cocher) :*

* la fédération française du sport adapté (FFSA)
* la fédération française handisport (FFH)
* la commission des droits et de l’autonomie des personnes handicapées (CDAPH)

Certifie avoir examiné ce jour la situation de Mr. ou Mme :

Qui présente une situation de handicap au sens de l’article L.114 code de l’action sociale et des familles *(mentionner succinctement la nature et la localisation du handicap ou, le cas échéant, le taux d’invalidité) :*

Selon le descriptif des épreuves fourni par la Délégation Régionale et Académique à la Jeunesse, à l’Engagement et aux Sports, je constate que l’incapacité fonctionnelle, présentée par le demandeur, ne lui permet pas de passer dans les conditions habituelles, l’épreuve *(recenser l’ensemble des épreuves concernées)*:

de la formation au diplôme suivant :

Cet avis médical est remis à l’intéressé(e) pour faire valoir ce que de droit.

Fait à : …………………………………………….

Le : …………………………………………………..

Cachet et signature du médecin