

Siège : Bruges
Sites : Bruges – Limoges – Poitiers

Demande d'aménagements pour les personnes en situation de handicap, candidates à une formation CPJEPS, BPJEPS, DEJEPS, DESJEPS ou CC, CS

Formulaire médical



Partie à remplir par le médecin et à remettre à la /au candidat(e)

NOTE A L'ATTENTION DU MEDECIN : Les informations consignées dans ce document sont strictement confidentielles. Elles ont pour objet d'aider l'organisme de formation sollicité à proposer des aménagements adaptés. Vous pouvez renseigner le questionnaire ci-après ou rédiger votre avis sur papier à en-tête si le formulaire ne vous paraît pas adapté (en précisant les incapacités fonctionnelles du candidat au regard du descriptif de l'épreuve et/ou des modalités de formation et en proposant des préconisations d'aménagements).

Je, soussigné(e), docteur(e) en médecine, agréé(e)
ou désigné(e) par (cocher la case correspondante) :

- 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 M. / Mme (rayer la mention inutile) :

.....qui
présente une situation de handicap au sens de l'article L.114 code de l'action sociale et des familles. Toutefois, je certifie que son état de santé ne contre-indique pas la pratique et l'encadrement de

Selon le descriptif des épreuves fourni par la Délégation Régionale et Académique à la Jeunesse, à l'Engagement et aux Sports (DRAJES), je constate que l'incapacité fonctionnelle, présentée de façon durable par le demandeur, ne lui permet pas de passer dans les conditions habituelles, l'**épreuve** (recenser l'ensemble des épreuves concernées, tests d'exigences préalables et/ou situation certificative) :

.....
.....
.....
.....
.....

De la formation conduisant à la délivrance du diplôme suivant :

.....

Siège : Bruges
Sites : Bruges – Limoges – Poitiers

Remarques/préconisations pouvant aider à la mise en place d'aménagements :

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Selon le descriptif du référentiel d'activité du diplôme et le déroulé pédagogique, je constate que l'incapacité fonctionnelle, présentée de façon durable par le demandeur, nécessite un aménagement des modalités de **la formation** conduisant au :
(Nom du diplôme)

Remarques/préconisations pouvant aider à la mise en place d'aménagements :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

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

Fait à, le

Cachet et signature

Pour faciliter les préconisations, et selon les aménagements sollicités, la/le candidat(e) s'engage à fournir au médecin :

- ***Le déroulé des tests d'exigences préalables (TEP) à l'entrée en formation du diplôme visé, le cas échéant ;***
- ***L'arrêté de création du diplôme visé comprenant le référentiel d'activités et le référentiel de certification ;***
- ***Tout élément d'ordre médical (certificat, radios, compte-rendu médicaux, notification MDPH, etc.) qui puisse appuyer la demande et que la/le candidat(e) accepte de communiquer ;***
- ***Le formulaire de demande d'aménagement complété par la/le candidat(e) ;***