

**AVIS MEDICAL
AMENAGEMENT D'ÉPREUVES
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