



## CERTIFICAT MEDICAL

AMENAGEMENT D'ÉPREUVES POUR LES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

### Références

- Articles A.212-44 et 45 du code du sport
- Instruction n° 08-139 du 12 novembre 2008

Je \_\_\_\_\_ soussigné(e)

Dr \_\_\_\_\_

- agréé(e) par la fédération française du sport adapté (FFSA)
- agréé(e) par la fédération française handisport (FFH)
- désigné(e) par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées

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 DRAJES, 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*) :



**RÉGION ACADÉMIQUE  
BOURGOGNE-  
FRANCHE-COMTÉ**

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*

**Délégation régionale académique  
à la jeunesse, à l'engagement et aux sports**


de la formation au diplôme suivant (*CPJEPS, BPJEPS, DEJEPS, DEJEPS spécialité et mention ...*)


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

A \_\_\_\_\_, le

\_\_\_\_\_

**Cachet et signature du médecin**