

CERTIFICAT MÉDICAL

POUR LA PRATIQUE DE L'ÉDUCATION PHYSIQUE ET SPORTIVE

Partie à compléter par le candidat :

Madame Monsieur NOM :

Prénom :

Né(e) le à

Candidat(e) inscrit(e) à la **session 2024** de l'examen suivant :

Certificat d'Aptitude Professionnelle

Baccalauréat technologique

Mention Complémentaire

Baccalauréat général

Baccalauréat professionnel

Brevet professionnel

Spécialité ou série :

Partie à compléter par le médecin :

Je, soussigné(e),docteur en médecine

certifie que M./Mme :

ne présente pas de contre-indication médicale cliniquement décelable ce jour à la pratique des activités multisports des épreuves terminales pour la session 2024 de l'examen.

doit être dispensé(e) des épreuves terminales d'éducation physique et sportive pour la session 2024 de l'examen.

présente un handicap physique nécessitant l'organisation d'une **épreuve adaptée** conformément au décret n°92-109 du 30 janvier 1992 en :

marche athlétique OU natation longue

Fait à le

Signature et cachet du médecin :