

CERTIFICAT MEDICAL CPJEPS AAVQ

Je soussigné.e, , docteur en médecine, certifie avoir examiné, M / Mme..... , candidat.e à la formation **CPJEPS** (Certificat Professionnel de la Jeunesse, de l'Éducation Populaire et du Sport) mention « **Animateur.trice d'Activités et de Vie Quotidienne** », et n'avoir constaté à la date de ce jour, aucune contre-indication médicale apparente :

- à la pratique d'activités physiques au cours de la formation (si il.elle y est soumis.e) ;
- à et à l'enseignement et à l'encadrement de la profession d'animateur.

Certificat remis en main propre à l'intéressé pour servir et valoir ce que de droit.

Fait à le __ | __ | ____

(Signature et cachet du
médecin)

Important

Ce certificat médical doit être daté de moins d'un an à la date d'entrée en formation.

ADAPTATION / ALLÈGEMENT

Problème de santé, handicap, restrictions : les tests de sélection et/ou votre parcours peuvent peut-être être adaptés.

Contactez notre référente handicap, Mélandine PREIRA :

- Courrier : melandine.preira@profession-sport-loisirs.fr
- Téléphone : 02 35 58 16 03