

# CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE PHYSIQUE

Je soussigné(e)

<i>NOM &amp; Prénom</i>

<i>N° INAMI / Ordre des médecins</i>

Docteur en Médecine, atteste avoir reçu et examiné ce jour

Mademoiselle / Monsieur

<i>NOM et Prénom</i>

Né(e) le

<i>Date de Naissance</i>

à

<i>Lieu de Naissance</i>

Et l'avoir reconnu(e)

- exempt(e) de trouble(s) pouvant mettre en danger la sécurité des patients ;
- en ordre de vaccination (document complémentaire en annexe) ;
- et capable de suivre la formation théorique et pratique des études conduisant au Baccalauréat en Ergothérapie, notamment (la liste étant exemplative et non exhaustive) :
  - ❖ Les cours d'éducation physique, de sport et d'endurance ;
  - ❖ Les activités en piscine
  - ❖ Les cours de manutention de patients ;
  - ❖ Les cours de pratique professionnelle ;
  - ❖ L'Enseignement Clinique et les Stages.

Ces aptitudes doivent être réelles tout au long du cursus, et aucun document médical les remettant même partiellement en cause ne sera admis sauf dans le cas de situations fortuites et accidentelles.

Fait à

--

le

--

<i>Signature autographe</i>

<i>Cachet du Médecin (obligatoire)</i>
--