

CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE PHYSIQUE

Je soussigné(e)

<i>NOM & 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 à la Maîtrise en Kinésithérapie, notamment (la liste étant exemplotive et non exhaustive) :

- ❖ Les cours d'éducation physique, de sport et d'endurance :
(*Test Cooper : course sur piste durant 12min. : 1851-2150 m (filles) 2001-2400 m (garçons)*
(*Test d'examen course à pied : 3200 m en 20 minutes (filles) 5400 m en 30 minutes (garçons)*)
- ❖ Les activités en piscine dont le sauvetage :
(*Nage libre sur 50 mètres : Entre 45'' et 1'*)
(*Test de sauvetage : 100 mètres tête hors de l'eau, 50 mètres sur le dos (poignets hors de l'eau) en 4' 30 (filles) et 4'15 (garçons) immédiatement suivi de 15 secondes d'apnée.*)
- ❖ Les cours d'histologie nécessitant une discrimination colorimétrique ;
- ❖ 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>
--