**CERTIFICAT MEDICAL D’APTITUDES**

Je soussigné(e)………………………………………………………………………………………… (nom & prénom)

Numéro INAMI/ordre des médecins : ……………………………………………………………………………….

**Docteur en Médecine, atteste avoir reçu et examiné à ce jour**

Mademoiselle/Monsieur………………………………………………………………………… (nom & prénom)

Né(e) le ………./…………/………….…. à …………………………………………………………………….. (ville /pays)

**Et l’avoir reconnu(e) être :**

* exempt(e) de trouble(s) pouvant mettre en danger la sécurité des patients ;
* en ordre de vaccination ;
* être capable de suivre la formation théorique et pratique des études conduisant au Master en Kinésithérapie, notamment :
  + les cours d’éducation physique, de sport, d’endurance et d’éducation physique adaptée ;
  + les activités en milieu aquatique dont le sauvetage ;
  + le cours de manutention de personnes et de charges ;
  + les cours de pratique professionnelle ;
  + les activités d’intégration professionnelle (stages).

Date et signature Cachet du médecin