



Ce document sera remis **en main propre par l'élève concerné** à son professeur d'éducation physique et sportive

CERTIFICAT MEDICAL D'INAPTITUDE A LA PRATIQUE DE L'EDUCATION PHYSIQUE ET SPORTIVE (1)

Je, soussigné(e),docteur en médecine exerçant à certifie avoir, en application du décret n° 88-977 du 11 octobre 1988, examiné

L ' ELEVE CLASSE : né(e) le.....

Etablissement : VILLE :

et constaté ce jour que son état de santé entraîne

☒ UNE INAPTITUDE PARTIELLE

du au

Dans ce cas, pour permettre une adaptation de l'enseignement aux possibilités de l'élève, préciser en termes d'incapacités fonctionnelles si l'inaptitude est liée à :

- des types de mouvements (amplitude, vitesse, charge, posture ...) :

.....

- des types d'efforts (musculaire, cardio-vasculaire, respiratoire) :

.....

- la capacité à l'effort (intensité, durée...) :

.....

- des situations d'exercice et d'environnement (travail en hauteur, milieu aquatique, conditions atmosphériques...) :

.....

- etc.

.....

☒ UNE INAPTITUDE TOTALE (2)

du..... au (3)

Fait à le.....

Signature et cachet du médecin :

(1) Le médecin de santé scolaire sera destinataire de tout certificat médical d'inaptitude d'une durée supérieure à trois mois.

(2) En cas d'inaptitude totale, le certificat peut être établi sur papier à en-tête du médecin.

(3) En cas de non production d'un nouveau certificat, l'élève sera considéré apte à la reprise de la pratique de l'EPS.