



CERTIFICAT MÉDICAL D'INAPTITUDE A LA PRATIQUE DE L'ÉDUCATION PHYSIQUE ET SPORTIVE

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 :

Etablissement : VILLE :

Né(e) le 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...) :
.....
- Autres : (A préciser)
.....

une **INAPTITUDE TOTALE** ¹
du au ²

Fait à le

Signature et cachet du médecin :

¹ En cas d'inaptitude totale, le certificat peut être établi sur papier à en-tête du médecin

² En cas de non production d'un nouveau certificat, l'élève sera considéré apte à la reprise de la pratique de l'EPS