académie Reims

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE

MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR ET DE LA RECHERCHE

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

Année scolaire 20… - 20… - ETABLISSEMENT……Elève :……..

Je soussigné……Docteur en médecine
Lieu d'exercice : ……
Certifie avoir, en application du décret n° 88977 du 11.10.1988, examiné
L'élève …… …….. Né le ……

Et constaté que son état de santé entraîne :

☐ Une INAPTITUDE ***TOTALE*** du……au ……
qui empêche toute activité physique adaptée

☐ Une INAPTITUDE ***PARTIELLE*** du ……au ……
qui autorise une activité physique adaptée.

Dans le cas d'une inaptitude partielle, des indications utiles pour adapter la pratique de l'Education Physique et Sportive aux possibilités de l'élève sont nécessaires.

Préciser ci-dessous (dans le respect du secret médical), si l'inaptitude est liée à des :

- types de mouvements limités en : ☐Amplitude ☐Vitesse ☐Charge ☐Posture
- types d'efforts limités sur le plan : ☐ musculaire ☐ cardio-vasculaire ☐ respiratoire
- capacités à l'effort limitées en : ☐ Endurance (long et peu intense) ☐ résistance ☐ vitesse(bref et intens
- capacités incompatibles avec : ☐un travail en hauteur ☐ le milieu aquatique ☐ des conditions atmosphériques particulières (à préciser : ……)

(nombre de cases cochées, en toutes lettres :……)

Date, signature et **cachet du *médecin***
A ……, le ……

Pour votre information, voici la liste des Activités Physiques support de l'enseignement d'EPS dans l'établissement
A compléter par le professeur en charge de la classe.