

Certificat médical d'inaptitude à la pratique de l'éducation physique et sportive
(Conforme à l'annexe de l'arrêté du 13 septembre 1989 J.O. du 21 septembre 1989)

Je soussigné(e), docteur en médecine,

Lieu d'exercice _____

Certifie avoir, examiné l'élève :

Nom, Prénom _____

Né(e) le _____

Et constaté ce jour que son état de santé entraîne :

- Une inaptitude totale du au inclus.
- Une inaptitude partielle du au inclus.

Dans ce cas d'inaptitude partielle, 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)
.....
- À des types d'efforts (musculaires, cardio-vasculaires, respiratoires)
.....
- À la capacité à l'effort (intensité, durée)
.....
- À des situations d'exercice et d'environnement (travail en hauteur, milieu aquatique, conditions atmosphériques)
.....
- Autres
.....

Date, signature et cachet du médecin :

Activités sportives de l'élève pour l'année scolaire / Classe :			
Cycle 1 :	du	au	inclus
Cycle 2 :	du	au	inclus
Cycle 3 :	du	au	inclus
Cycle 4 :	du	au	inclus
Nom du professeur EPS :			
Visa du professeur / Vu le :		visa de la vie scolaire / Vu le :	