

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

Je soussigné(e), docteur en médecine

Lieu d'exercice :

Certifie avoir examiné ce jour, en application du décret N°88-977 du 11 octobre 1988, l'élève :

Nom, Prénom :

Né(e) le Classe et établissement fréquenté:

J'ai constaté que son état de santé entraîne :

- Une inaptitude totale
- Une inaptitude partielle (2)
- Pour l'année scolaire 20 / 20.....
- Pour la période du au inclus (1)

En 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'effort (musculaire, cardio-vasculaire, respiratoire...) :
- À la capacité à l'effort (intensité, durée...) :
- À des situations d'exercice et d'environnement (travail en hauteur, milieu aquatique, conditions atmosphériques...)
- Autres :
- Compléments d'information :

Fait à **le** **Cachet et signature :**

(1) En cas de non-production d'un nouveau certificat, à l'expiration de ce délai, l'élève sera considéré apte à la pratique de l'éducation physique et sportive.

(2) Ces renseignements sont à formuler de manière explicite afin qu'un enseignement adapté puisse être mis en place.