

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 :.....

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...) :
.....
- 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.

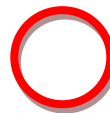
**Document remis en main propre au professeur
d'EPS**

le :/...../.....

L'élève est dispensé(e) de présence en cours :



Oui



NON

Inaptitude partielle :

Inaptitude Totale :

Signature du Professeur :

Document remis à l'infirmerie : le/...../.....