

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.