

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.