

CERTIFICAT MÉDICAL D'INAPTITUDE À LA PRATIQUE DE L'ÉDUCATION PHYSIQUE ET SPORTIVE (1)

Je, soussigné(e),docteur en médecine
exerçant à.....certifie avoir examiné
l'élève :né(e) le.....
et **constaté ce jour** que son état de santé entraîne (2) :

UNE INAPTITUDE PARTIELLE ou UNE INAPTITUDE TOTALE

du au(3)

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) :

.....
.....
.....

✓ 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...)

.....
.....

Date :

Signature et cachet du médecin :

(1) En application du décret n°88-997 du 11 octobre 1988 abrogé par décret 2006-583 2006-05-23 art 7 38° JORF du 24 mai 2006

(2) Rayer la mention inutile

(3) La durée de validité ne peut pas excéder l'année scolaire en cours