

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

(Document à compléter par le médecin)

Je soussigné.....

Docteur en médecine, certifie avoir examiné ce jour.....

L'élève.....

Né(e) le..... scolarisé(e) en classe de.....

Et avoir constaté que son état entraîne :

⇒ **Une inaptitude partielle à la pratique d'EPS**

d'une durée de.....

Cette inaptitude nécessite une adaptation particulière aux possibilités de l'élève.

Sont contre-indiqués :

↳ Les fonctions suivantes

Courir Sauter lancer Lever-porter

↳ Les types d'efforts suivants

Intense et bref Endurance

↳ Les situations suivantes

Activités en hauteur Activités en milieu aquatique

↳ Autres

Remarques pouvant aider l'enseignant d'EPS à la mise en place d'activités adaptées

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

⇒ **Une inaptitude totale**

d'une durée de.....

Date :

Cachet du médecin

Signature du médecin