

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

Je soussigné(e), docteur en médecine .....

Lieu d'exercice : .....

Certifie avoir examiné ce jour, en application du décret N°88-977 du 11 octobre 1988, l'élève :

**Nom, Prénom :** .....

Né(e) le ..... Classe et établissement fréquenté: .....

J'ai constaté que son état de santé entraîne :

- ☐ Une inaptitude totale
- ☐ Une inaptitude partielle (2)
- ☐ Pour l'année scolaire 20 ..... / 20.....
- ☐ Pour la période du ..... au ..... inclus (1)

**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 ...)
- ☐ À des types d'effort (musculaire, cardio-vasculaire, respiratoire...) :
- ☐ À la capacité à l'effort (intensité, durée...) :
- ☐ À des situations d'exercice et d'environnement (travail en hauteur, milieu aquatique, conditions atmosphériques...)
- ☐ Autres : .....
- ☐ Compléments d'information : .....

**Fait à** ..... **le** ..... **Cachet et signature :**

(1) En cas de non-production d'un nouveau certificat, à l'expiration de ce délai, l'élève sera considéré apte à la pratique de l'éducation physique et sportive.

(2) Ces renseignements sont à formuler de manière explicite afin qu'un enseignement adapté puisse être mis en place.