

CERTIFICAT MEDICAL D'INAPTITUDE
A LA PRATIQUE DE L'EDUCATION PHYSIQUE ET SPORTIVE
en référence au modèle proposé au BO n°36 du 26/10/1989
(décret du 11/10/1988 et Arrêté du 13/09/1989)

Je, soussigné(e),, docteur en médecine,
certifie avoir, en application du décret n° 88-977 du 11/10/1988, examiné l'élève :
....., né(e) le.....
et constaté, ce jour, que son état de santé entraîne :

I. une inaptitude partielle, d'une durée de.....

Cette inaptitude est liée aux incapacités fonctionnelles suivantes :

- ▶ à des types de mouvement (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...) :

Cette inaptitude permet la pratique de certaines activités proposées dans l'établissement :

- ▶ activités figurant au programme* :
-
-

- ▶ activités adaptées* :
-

II. une inaptitude totale, d'une durée de

Date :

Cachet

Signature :

**Si vous le souhaitez, vous pouvez contacter le médecin scolaire ou l'infirmier(ère) de l'établissement (M. Mme.....) au
ou l'enseignant d'EPS pour des informations spécifiques EPS (M., Mme.....)
Collège/Lycée : (nom, adresse, téléphone, adresse électronique)**

* Entourer les activités que l'élève peut pratiquer.