

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

**Le professeur d'Education Physique et Sportive peut adapter son enseignement de façon à ce que tout élève puisse y participer en fonction de ses possibilités et ses capacités résiduelles**

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

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

Nom, Prénom : .....

Né (e) le ...../...../.....

Et constaté à ce jour que son état de santé entraîne :

**Une inaptitude totale** du ...../...../..... au ...../...../..... inclus

à toutes les activités sportives proposées dans l'établissement :

Volley-Ball	Rugby	Course 3x500m	Natation
Handball	Badminton	Lancer de javelot	Gymnastique
Basket-Ball	Tennis de table	Tir à l'arc	Musculation

*Dans ce cas, veuillez barrer les activités que l'élève ne pourra pas pratiquer durant l'année scolaire.*

**Une inaptitude partielle** du ...../...../..... au ...../...../..... inclus

*Dans le cas d'aptitude partielle (si l'élève peut pratiquer une ou plusieurs activités), pour permettre une adaptation de l'enseignement aux possibilités de l'élève, veuillez préciser en termes d'incapacités fonctionnelles si l'inaptitude est liée :*

- A des types de mouvements (amplitude, vitesse, charge, posture)  
.....  
.....
  
- A des types d'efforts (musculaires, cardio-vasculaires, respiratoires)  
.....  
.....
  
- A la capacité à l'effort (intensité, durée)  
.....  
.....
  
- Autres  
.....  
.....

**Date, signature et cachet du médecin :**