

**Certificat Médical d'inaptitude  
à la pratique de l'éducation physique et sportive (1)**

**Niveau seconde & première.**

Je soussigné(e), .....  
Docteur en médecine à : .....  
**certifie avoir examiné :**  
Nom : ..... Prénom : .....  
Classe : .....

et constaté ce jour, que son état de santé entraîne :

UNE INAPTITUDE :

**PARTIELLE\***

**TOTALE\***

du : ..... au : ..... (2)

En cas d'aptitude partielle, pour permettre une adaptation de l'enseignement aux possibilités de l'élève, préciser en termes d'incapacités fonctionnelles, si l'inaptitude est liée :

**A des types de mouvements :**

OUI - NON

marcher

courir

sauter

lancer

déplacements latéraux

lever – porter

rotation

s'étirer

se tonifier

**A des types d'efforts :**

OUI - NON

long & modéré

intense & bref

**A des types d'environnements :**

milieu aquatique

milieu naturel

Remarques : .....

**Menu initial :**

--	--	--	--

Autres activités proposées aux élèves n'ayant pas cours le lundi de 16h à 18h ( créneau « EPS adaptée » ) :

<b>TIR A L'ARC ou SARBACANE</b>	<b>RENFORCEMENT MUSCULAIRE ( musculation )</b>	<b>NATATION</b>	<b>DANSE</b>
-------------------------------------	--	-----------------	--------------

**Signature et cachet du médecin :**

Fait à ..... le .....

- 1) Quelle que soit la durée de l'inaptitude, le médecin traitant a toute latitude pour faire connaître, sous pli confidentiel, son diagnostic au médecin de santé scolaire dont le nom pourra lui être communiqué par le chef d'établissement.
- 2) En cas de non production d'un nouveau certificat, l'élève sera considéré apte à la reprise de la pratique de l'E.P.S.

\*Barrer la mention inutile.