

1. 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
 scolarisé(e) au ¹....., en classe de ²....., et constaté, ce jour, que
 son état de santé entraîne **une inaptitude partielle d'une durée de**

Cette inaptitude est liée aux **incapacités fonctionnelles**

- ✓ 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, en milieu aquatique, conditions atmosphériques*) :

2. Cette inaptitude permet la pratique de certaines activités proposées en classe de ².....
 au ¹..... → **Cocher toutes les activités autorisées :**

Activités	Epreuves évaluées (en terme de compétence visée)	Autorisées*

*Précisez éventuellement les adaptations préconisées (ex : aide matérielle, durée ou intensité de l'effort...)

¹ Etablissement
² Classe

Coordonnées de l'établissement :
 Coordonnées de l'enseignant d'EPS :

Certificat Médical d'aptitude à la pratique de l'EPS

En référence au modèle proposé au BO n°36 du 26/10/1989 (décret du 11/10/1988 et Arrêté du 13/09/1989)

3. Cette inaptitude permet la pratique de certaines activités **adaptées ou aménagées** proposées en classe de ².....au ¹..... ➔ **Cocher toutes les activités autorisées :**

Activités	Epreuves évaluées (en terme de compétence visée)	Autorisées

4. Cette inaptitude ne permet la pratique d'aucune activité proposée en classe de ²..... au ¹.....

L'élève présente donc une **INAPTITUDE TOTALE** d'une durée de

5.

DATE : _____ **CACHET et SIGNATURE du Médecin :** _____

6. S'IL S'AGIT D'UNE EVALUATION CERTIFICATIVE (Diplôme National du Brevet, CAP, BEP, Baccalauréat Général, Technologique, ou Professionnel)

Compte tenu des informations précédentes et des textes régissant les épreuves adaptées ou aménagées d'EPS aux examens, il est convenu que l'élève sera évalué (e) par M, Mme sur le groupement d'activités suivant :

① **②** **③**

Date : _____ **Le Professeur d'EPS :** _____

L'élève : _____ **Le médecin de l'établissement ou le cas échéant le médecin-conseiller technique :** _____