

**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 :
Né(e) le :
Etablissement scolaire :
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 :

A des types d'efforts :

OUI - NON

OUI - NON

- marcher
- courir
- sauter
- lancer
- déplacements latéraux
- lever – porter
- rotation
- s'étirer
- se tonifier

- long & modéré
- intense & bref

A des types d'environnements :

- milieu aquatique
- milieu naturel

Menu initial :

--	--	--	--

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

TIR A L'ARC	NATATION	EPREUVE DE MARCHÉ
--------------------	-----------------	--------------------------

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.