

# INAPTITUDE A L'EPS

## CERTIFICAT MÉDICAL D'INAPTITUDE A LA PRATIQUE DE L'ÉDUCATION PHYSIQUE ET SPORTIVE

Je soussigné Docteur en médecine : \_\_\_\_\_

Lieu d'exercice : \_\_\_\_\_

Certifie avoir, en application du décret n°88-977 du 11 octobre 1988

examiné l'élève (Nom - prénom) : \_\_\_\_\_

né(e) le : \_\_\_\_\_ et constaté ce jour que son état de santé entraîne

### UNE INAPTITUDE - PARTIELLE - TOTALE

du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

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

- à des types de mouvements (amplitude, vitesse, charge, posture...)
- à des types d'efforts (musculaire-cardiovasculaire, respiratoire...)
- à la capacité à l'effort (intensité, durée...)
- à des situations d'exercice et d'environnement (travail en hauteur, milieu aquatique conditions atmosphériques...)

etc : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Date, signature et cachet du médecin