



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

Je soussigné(e),..... docteur en médecine, exerçant à ..... certifie avoir, en application du **décret n°88-977 du 11 octobre 1988**, examiné :

NOM, Prénom : .....

Né(e) le : ..... Classe : .....

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

- Une inaptitude totale** à la pratique de l'Education Physique et Sportive (EPS) du ..... au ..... inclus
- Une inaptitude partielle** à la pratique de l'Education Physique et Sportive (EPS) du ..... au ..... inclus

Dans le 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 :

- 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)  
.....  
.....
- A des situations d'exercice et d'environnement (travail en hauteur, milieu aquatique, conditions atmosphériques)  
.....  
.....
- Autres  
.....  
.....

Date, signature et cachet du médecin :

**Décision de l'enseignant d'EPS responsable de l'élève :**

- Dispensé des enseignements d'EPS du.....au.....
- Maintien en cours avec aménagement de l'enseignement du.....au.....
- Nature de l'aménagement :

Nom de l'enseignant :

Signature :

**Copie à déposer au secrétariat élève.**