



# CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE PARTIELLE\* OU D'INAPTITUDE TOTALE TEMPORAIRE A LA PRATIQUE DE L'EPS

Je soussigné(e), Dr ....., docteur en médecine, certifie avoir examiné ce jour l'élève ....., né(e) le ...../...../..... et constate que son état de santé entraîne :

<input type="checkbox"/> <b>Une aptitude partielle à la pratique de l'Education Physique et Sportive.</b>			
<b>Indiquer ce que l'élève PEUT FAIRE dans le cadre d'une pratique en cours d'EPS :</b>			
<u>Fonctions possibles :</u>	<u>TYPES D'EFFORTS possibles :</u>	<u>CONTEXTES d'activités PARTICULIERS :</u>	<u>AUTRE(S) AMENAGEMENT(S) SOUHAITABLE(S) :</u>
<input type="checkbox"/> <b>Marcher</b>	<input type="checkbox"/> intense et bref	<input type="checkbox"/> milieu aquatique	<input type="checkbox"/> Adaptation suivant conditions climatiques (pollution, froid sec...)
<input type="checkbox"/> <b>Courir</b>	<input type="checkbox"/> effort prolongé (limité à .....	<input type="checkbox"/> altitude	
<input type="checkbox"/> <b>Sauter</b>	<input type="checkbox"/> de faible intensité		
<input type="checkbox"/> <b>Nager</b>			
<input type="checkbox"/> <b>Lancer</b>	<input type="checkbox"/> Arrêt ponctuel de l'activité dès signe :	<input type="checkbox"/> travail en hauteur	<input type="checkbox"/> Activités physiques permettant un allègement du corps (natation, vélo...)
<input type="checkbox"/> <b>Porter</b>	<input type="checkbox"/> D'essoufflement	<input type="checkbox"/> activités de contact	<input type="checkbox"/> Activités physiques avec déplacements limités (tennis de table, terrain réduit...)
<input type="checkbox"/> <b>Lever</b>	<input type="checkbox"/> De fatigue		
<input type="checkbox"/> <b>Mettre la tête en bas</b>	<input type="checkbox"/> De douleur		
<small>TOTAL DE CASES COCHEES</small>	<small>TOTAL DE CASES COCHEES</small>	<small>TOTAL DE CASES COCHEES</small>	<small>TOTAL DE CASES COCHEES</small>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Une inaptitude totale temporaire à la pratique de l'E.P.S.**

Ce certificat est valable pour :  la totalité de l'année scolaire en cours.  
 la période du ...../...../..... au ...../...../.....

Autres recommandations :  
 .....  
 ..... Fait

à ....., le ...../...../..... Signature et cachet du praticien :

**N.b. : l'activité physique fait partie intégrante de la prise en charge proposée à l'élève. Il est donc important de faciliter son intégration dans le groupe et de valoriser sa participation à l'E.P.S. en toutes circonstances.**

\* Décret n°88-977 du 11 octobre 1988 : « Les élèves des établissements d'enseignement du premier et du second degré [...] qui invoquent une inaptitude physique doivent en justifier par un certificat médical indiquant le caractère total ou partiel de l'inaptitude. En cas d'une inaptitude partielle, ce certificat peut comporter, dans le respect du secret médical, des indications utiles pour adapter la pratique de l'éducation physique et sportive aux possibilités individuelles des élèves. Le certificat médical précise également sa durée de validité, qui ne peut excéder l'année scolaire en cours.