

Certificat médical d'inaptitude à l'EPS établi par le médecin traitant

Conforme à l'annexe de l'arrêté du 13 septembre 1989 J.O. du 21 septembre 1989

Je, soussigné, docteur en médecine :

Lieu d'exercice :

certifie avoir, en application du code de l'éducation (art D312-1), examiné l'élève

Nom et prénom :

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

une **INAPTITUDE TOTALE**

du.....au.....inclus.

une **INAPTITUDE PARTIELLE**

du.....au.....inclu

s.

Dans le cas d'une inaptitude partielle, pour permettre une adaptation des modalités d'évaluation certificative 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)

.....

DES TYPES D'EFFORTS (musculaires, cardio-vasculaires, respiratoires)

.....

LA CAPACITE DE L'EFFORT (intensité, durée)

.....

DES SITUATIONS D'EXERCICE ET D'ENVIRONNEMENT (travail en hauteur, milieu aquatique, conditions atmosphériques)

.....

AUTRES

.....

Date, signature et cachet du médecin traitant

**Complément au certificat médical
pour une adaptation de la
certification aux possibilités de
l'élève**

A remplir par le médecin traitant

Indiquer ce que le candidat **PEUT FAIRE** dans le cadre d'une pratique physique

FONCTIONS	POSSIBLE	Pour un effort d'intensité		Pour un effort de durée	
		<i>Forte</i>	<i>Modérée</i>	<i>Prolongée</i>	<i>Limitée</i>
Marcher					
Courir					
Lancer					
Lever-Porter					
Nager					
Sauter					

Compléments d'information :

Date, signature et cachet du médecin traitant