

CERTIFICAT MEDICAL D'INAPTITUDE A LA PRATIQUE DE L'EDUCATION PHYSIQUE ET SPORTIVE ¹

Je, soussigné(e), docteur en médecine
exerçant à certifie avoir, en application du décret n° 88-977
du 11 octobre 1988, examiné
L ' ELEVE (nom, Prénom)..... CLASSE de Terminale :
né(e) le.....
Etablissement : **Notre Dame de Bellegarde** VILLE : **Neuville sur saone (69)**
et constaté ce jour que son état de santé entraîne :

□ une **INAPTITUDE PARTIELLE** du au

Dans ce cas, 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 ...) :
.....
- des types d'efforts (musculaire, cardio-vasculaire, respiratoire) :
.....
- la capacité à l'effort (intensité, durée...) :
.....
- des situations d'exercice et d'environnement (travail en hauteur, milieu aquatique, conditions atmosphériques...) :
.....
- autre :

□ une **INAPTITUDE TOTALE** ² du..... au ³

Fait à Signature **ET** cachet du médecin :
le.....

Attention : la date de la visite médicale indiquée dans ce cadre doit
correspondre à la **date de début de l'inaptitude** (partielle ou totale)

¹ Le médecin de santé scolaire sera destinataire de tout certificat médical d'inaptitude d'une durée supérieure à trois mois.

² En cas d'inaptitude totale, le certificat peut être établi sur papier à en-tête du médecin.

³ En cas de non production d'un nouveau certificat, l'élève sera considéré apte à la reprise de la pratique de l'EPS.