

**Certificat médical d'inaptitude totale à la pratique  
de l'éducation physique et sportive**

Je, soussigné Docteur.....  
Exerçant à (adresse).....  
certifie avoir examiné ce jour l'élève .....  
Né.e le ...../...../.....

**Et d'avoir constaté que son état de santé entraîne une inaptitude totale à la pratique de l'éducation physique et sportive (EPS) :**

- ☐ Pour l'année scolaire,
- ☐ Pour une durée de ..... à compter de ce jour.

Certificat établi à la demande des parents et remis en main propre pour faire valoir ce que de droit.

Fait à .....

Le ...../...../.....

Signature et tampon :