

*Ce document sera remis **en main propre par l'élève** concerné
à son professeur d'éducation physique et sportive*

**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 CLASSE :

Etablissement : VILLE :

né(e) le.....

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...) :
.....
- etc.
.....

☐ **une INAPTITUDE TOTALE ²**

du..... au ³

Fait à le.....

Signature et cachet du médecin :