

ETABLISSEMENT :

VILLE (à remplir impérativement) :

Baccalauréat Général - Série :

Baccalauréat Technologique - Série et spécialité :

Baccalauréat Professionnel - Spécialité :

B.E.P. - Spécialité :

C.A.P. - Spécialité :

Autre. - Spécialité :

MODE D'EVALUATION : Contrôle en Cours de Formation Ponctuel

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

Je soussigné, docteur en médecine :

Lieu d'exercice :

certifie avoir, en application du décret n°88-977 du 11 octobre 1988, examiné l'élève

NOM, prénom

né(e) leet constaté, ce jour, que son état de santé entraîne :

une inaptitude partielle une inaptitude totale

duau²

En cas d'inaptitude partielle, 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 mouvement (amplitude, vitesse, charge, posture...)
- à des types d'effort (musculaire, cardio-vasculaire, respiratoire...)
- à la capacité à l'effort (intensité, durée...)
- à des situations d'exercice et d'environnement (travail en hauteur, milieu aquatique, conditions atmosphériques, etc...)

.....
.....
Date, signature et cachet du médecin :

Le médecin de l'éducation nationale sera destinataire de tout certificat d'inaptitude d'une durée supérieure à trois mois. Quelle que soit la durée de l'inaptitude, le médecin traitant a toute latitude pour faire connaître, sous pli confidentiel, son diagnostic au médecin de l'éducation nationale. Le nom de celui-ci pourra lui être communiqué par le directeur d'école ou le chef d'établissement. Aucun certificat médical d'inaptitude partielle ou totale ne peut avoir d'effet rétroactif.

² En cas de non-production d'un nouveau certificat, l'élève sera considéré apte à la reprise de la pratique de l'éducation physique et sportive.

