

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

Je soussigné(e), Dr _____, docteur en médecine

certifie avoir examiné ce jour, en application du décret N°88-977 du 11 octobre 1988, l'élève :

Nom, Prénom : _____

Né(e) le _____ Classe : _____

Et constaté que son état de santé entraîne :

UNE INAPTITUDE PARTIELLE A LA PRATIQUE DE L'EPS

Pour l'année scolaire 202____ / 202____
du _____ au _____ inclus

L'adaptation de l'enseignement de l'EPS aux possibilités de l'élève nécessite :

D'aménager les activités physiques qui sollicitent les articulations suivantes :

- | | | |
|------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Chevilles | <input type="checkbox"/> Genoux | <input type="checkbox"/> Hanches |
| <input type="checkbox"/> Epaulles | <input type="checkbox"/> Rachis | <input type="checkbox"/> Autres _____ |

D'aménager les activités physiques qui sollicitent les fonctions cardio-respiratoires :

Il est possible :

- de privilégier les activités d'intensité modérée mais de durée prolongée
- de permettre à l'élève de faire des pauses pendant l'effort si nécessaire
- d'adapter son temps de récupération...

Autres recommandations pouvant aider l'enseignant à la mise en place d'activités adaptées (à préciser) :

UNE INAPTITUDE TOTALE A LA PRATIQUE DE L'EPS

Pour l'année scolaire 202____ / 202____
du _____ au _____ inclus

Tout élève pour lequel une inaptitude totale ou partielle supérieure à trois mois, consécutifs ou cumulés, pour l'année scolaire en cours, a été prononcée, fera l'objet d'un suivi particulier par le médecin de santé scolaire en liaison avec le médecin traitant (Article 2 Arrêté du 13/09/89 - Décret n88-977 du 11/10/88).

Fait à _____, le _____ **Cachet et signature
du praticien :**