



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



D'après l'arrêté du 13 septembre 1989

J.O. du 21 septembre 1989 et B.O. n°38 du 26 octobre 1989

Je soussigné(e), docteur en médecine, \_\_\_\_\_

Lieu d'exercice \_\_\_\_\_

Certifie, en application du décret n°88-977 du 11 /10/ 1988, avoir examiné l'élève :

Nom, prénom \_\_\_\_\_

Né(e) le \_\_\_\_\_

Et constaté ce jour que son état de santé entraîne :

**Une inaptitude totale** du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_ Inklus

**Une inaptitude partielle** du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_ Inklus

*Dans ce 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 :*

A des types de mouvements (amplitude, vitesse, charge, posture)  
.....

A des types d'efforts (musculaires, cardio-vasculaires, respiratoires)  
.....

A la capacité à l'effort (intensité, durée)  
.....

A des situations d'exercice et d'environnement (travail en hauteur, milieu aquatique, conditions atmosphériques)  
.....

Autres  
.....  
.....

**Date, signature et cachet du médecin**

*Copie nécessaire pour les élèves de classe Terminale*



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



D'après l'arrêté du 13 septembre 1989

J.O. du 21 septembre 1989 et B.O. n°38 du 26 octobre 1989

Je soussigné(e), docteur en médecine, \_\_\_\_\_

Lieu d'exercice \_\_\_\_\_

Certifie, en application du décret n°88-977 du 11 /10/ 1988, avoir examiné l'élève :

Nom, prénom \_\_\_\_\_

Né(e) le \_\_\_\_\_

Et constaté ce jour que son état de santé entraîne :

**Une inaptitude totale** du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_ Inklus

**Une inaptitude partielle** du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_ Inklus

*Dans ce 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 :*

A des types de mouvements (amplitude, vitesse, charge, posture)  
.....

A des types d'efforts (musculaires, cardio-vasculaires, respiratoires)  
.....

A la capacité à l'effort (intensité, durée)  
.....

A des situations d'exercice et d'environnement (travail en hauteur, milieu aquatique, conditions atmosphériques)  
.....

Autres  
.....  
.....

**Date, signature et cachet du médecin**