



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

Nom, prénom _____

Né(e) le _____

Et constaté ce jour que son état de santé entraîne :

.. **Une inaptitude totale** du au Inclus

.. **Une inaptitude partielle** du au Inclus

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 :

Visa du professeur E.P.S Date :	Visa de l'infirmière Date :	Visa de la Vie Scolaire Date
---	---	--