

**A faire compléter uniquement si dispense EPS partielle ou totale**

**CERTIFICAT MÉDICAL D'INAPTITUDE  
À LA PRATIQUE DE L'ÉDUCATION PHYSIQUE ET SPORTIVE**

Je soussigné (e), Docteur en Médecine :

Exerçant à

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

Nom

Prénom

Etablissement

Né (e) le

et constaté ce jour que son état de santé entraîne

**Une inaptitude partielle**

**Du                    au**

Afin de permettre une adaptation de l'enseignement aux possibilités de l'élève, préciser en termes de capacités fonctionnelles ce que l'élève peut faire, ainsi que les types d'efforts autorisés et/ou déconseillés.

Mouvements essentiels		Types d'efforts			Types de situation			
	oui	non		Oui	Non		oui	non
Marcher			Effort long et modéré			Activité aquatique		
Courir			Effort Intense et bref					
Sauter						Activité en hauteur		
Lancer						<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p><u>Commentaires éventuels :</u></p> </div>		
S'accroupir								
Déplacements latéraux								
Lever porter								
Rotations								
Autres								

Dans le cas où il n'y a aucune capacité fonctionnelle, je prononce

**une inaptitude totale**

Fait à

le

Signature et cachet du médecin

Nombre de cases cochées \_\_\_\_\_