

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

Année scolaire 2015 - 2016

Je soussigné.....Docteur en médecine

Lieu d'exercice :

Certifie avoir, en application du décret n° 88977 du 11.10.1988, examiné

L'élève Né (e) le

Et constaté que son état de santé entraîne :

Une INAPTITUDE **TOTALE** qui empêche toute activité physique adaptée

du au

Une INAPTITUDE **PARTIELLE** qui autorise une activité physique adaptée

du au

Dans le cas d'une inaptitude partielle, des indications utiles pour adapter la pratique de l'Education Physique et Sportive aux possibilités de l'élève sont nécessaires.

Préciser ci-dessous (dans le respect du secret médical), si l'inaptitude est liée à des :

- types de mouvements limités en : Amplitude Vitesse Charge Posture,
- types d'efforts limités sur le plan : musculaire cardio-vasculaire respiratoire
- capacités à l'effort limitées en : Endurance (long et peu intense) résistance vitesse (bref et intense)
- capacités incompatibles avec : un travail en hauteur le milieu aquatique des conditions atmosphériques particulières (à préciser :.....)

(nombre de cases cochées, en toutes lettres :.....)

Date, signature et **cachet du médecin**

A, le