



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

En référence à l'arrêté du 13-09-89

Je, soussigné....., docteur en médecine, certifie avoir examiné ce jour

L'élève..... Né(e)le.....classe.....

et avoir constaté que son état de santé entraîne une :

INAPTITUDE PARTIELLE A LA PRATIQUE DE L'EPS

Duau.....inclus.

Préciser les articulations ou zones corporelles à préserver :

Cette inaptitude partielle nécessite une adaptation des cours d'EPS aux possibilités de l'élève

*Indiquer ce que l'élève **PEUT FAIRE** dans le cadre d'une pratique physique :*

-TYPES D' ACTIONS :

Marcher	Courir	Nager	Sauter	Grimper	Porter	Lancer	Se renverser

- **INTENSITE DES EFFORTS** : Faible Modérée Forte

- **DUREE DES EFFORTS** : Courte Limitée Prolongée

- CONTEXTES DE PRATIQUE A EVITER :

Milieu aquatique Conditions climatiques/atmosphériques Allergies : Autre :

- **PRECISIONS SUPPLEMENTAIRES**

INAPTITUDE TOTALE TEMPORAIRE A LA PRATIQUE PHYSIQUE

Duau.....inclus.

Indiquer ce que l'élève **PEUT FAIRE** en l'absence de pratique physique possible :

Arbitrer / Juger / Observer / Conseiller / autre(s)

Indiquer si l'élève PEUT PRATIQUER les activités suivantes (avec ou sans adaptation)

APSA	Contre indiquée	Aménagée	APSA	Contre indiquée	Aménagée
	:				

En cas de non production d'un nouveau certificat, l'élève sera considéré apte à la reprise de la pratique de l'E.P. S

Nombre de cases cochées en chiffre :

Fait à....., leCachet et signature :

Remis le.....	À (Nom du professeur d'EPS)	
	Signature de l'élève :	Signature du professeur d'EPS :