



Nom.....
Prénom.....
Niveau en 2017/2018.....

Certificat d'inaptitude à la pratique de l'éducation physique et sportive (1)

Je soussigné, 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 partielle, totale, (2)

Duau (3)

En 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'effort (musculaire, cardio-vasculaire, respiratoire...)

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

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

Remarques :

.....

.....

Date, signature et cachet du médecin

(1) Le médecin de santé scolaire sera destinataire de tout certificat d'inaptitude d'une durée supérieure à trois mois. Quelle que soit la durée de l'inaptitude, le médecin traitant a toute latitude pour faire connaître, sous pli confidentiel, son diagnostic au médecin de santé scolaire nommé désigné.
Le nom de celui-ci pourra lui être communiqué par le directeur de l'école ou le chef d'établissement.

(2) En cas d'inaptitude totale, le certificat peut être établi sur papier à en-tête du médecin.

(3) En cas de non-production d'un nouveau certificat, l'élève sera considéré apte à la reprise de la pratique de l'éducation physique et sportive.