

CERTIFICAT MEDICAL D'INAPTITUDE A LA PRATIQUE DE L'EDUCATION PHYSIQUE ET SPORTIVE

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 :