

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

Je soussigné (e), Docteur en Médecine : Exerçant à
 Certifie, 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						En fonction de conditions climatiques particulières		
S'accroupir			<u>Commentaires éventuels :</u> 					
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 _____