

**CERTIFICAT MEDICAL D'INAPTITUDE
A LA PRATIQUE DE L'EPS**

Je soussigné(e)
Docteur en médecine, exerçant à
certifie, en application du décret n°88-977 du 11 octobre 1988, avoir examiné le jeune
..... né 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						Activité en hauteur		
Sauter						Effort intense et bref		Activité en fonction de conditions climatiques particulières
Lancer								
S'accroupir								
Déplacements latéraux								
Lever-porter								
Rotations								
Autres								

Commentaires éventuels :

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 :