

CERTIFICAT MÉDICAL D'INAPTITUDE

À LA PRATIQUE DE L'ÉDUCATION PHYSIQUE ET SPORTIVE (cocher la case)

À LA PRATIQUE DES TRAVAUX PRATIQUES (cocher la case)

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

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'effort autorisés et/ou déconseillés.

Mouvements essentiels			Types d'efforts			Types de situation		
	Oui	Non		Oui	Non		Oui	Non
Marcher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Effort long et modéré	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Activité aquatique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Courir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Effort intense et bref	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Sauter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				Activité en hauteur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				En fonction des conditions climatiques particulières	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S'accroupir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Commentaires / précisions :					
Déplacements latéraux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Lever / Porter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Rotations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Autres :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						

Dans le cas où il n'y a **aucune capacité fonctionnelle**, je prononce

une inaptitude totale du **au**

Fait à le

Signature et cachet du médecin :

Nombre de cases cochées