

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

En référence au décret du 11-10-88 et à l'arrêté du 13-09-89

Le professeur d'Education Physique et Sportive doit adapter son enseignement de façon à ce que tout élève puisse participer au cours d'E.P.S., en fonction de ses possibilités et de ses capacités résiduelles.
Exemple : augmentation des temps de récupération, diminution de la quantité de travail, adaptation de l'espace de jeu, utilisation de matériel approprié, modification du barème, changement d'activité, marche sportive,...)

Je soussigné, _____, docteur en médecine, certifie avoir examiné ce jour
L'élève _____, né(e) le .../.../..... scolarisé(e) en classe de ____ .
Et avoir constaté que son état de santé entraîne :

1. UNE INAPTITUDE PARTIELLE A LA PRATIQUE DE L'E.P.S.

Du/...../..... au/...../..... inclus

Cette inaptitude nécessite une adaptation aux possibilités de l'élève.

FONCTIONS	POSSIBLE	POSSIBLE AVEC ADPTATIONS/ <i>Précisions éventuelles</i>	CONTRE INDIQUE
Marcher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Courir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sauter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lever – porter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S'accroupir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Effectuer des rotations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se tonifier musculairement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S'étirer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nager	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EFFORTS			
Intense et bref	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Moderé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De faible intensité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prolongé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CONTEXTES PARTICULIERS		<i>Précisions</i>	
Amplitude articulaire limitée		<input type="checkbox"/>	
Adaptation suivant les conditions climatiques (pollution, froid sec....)		<input type="checkbox"/>	
Hydratation		<input type="checkbox"/>	
Activités avec déplacements limités et ou dans l'axe		<input type="checkbox"/>	
AUTRES RECOMMANDATIONS :			

2. UNE INAPTITUDE TOTALE (Quand aucune adaptation de la pratique n'est possible)

Du/...../..... au/...../..... inclus

Le/...../..... Cachet et signature du docteur en médecine	Le/...../..... Signature du professeur d'EPS	Le/...../..... Signature de l'infirmière
--	---	---

ATTENTION : aucun certificat ne peut avoir de valeur rétroactive.