

# Certificat médical d'inaptitude à la pratique de l'éducation physique et sportive (EPS)

> Je, soussigné(e) ..... docteur en médecine  
exerçant à .....

> Certifie avoir examiné l'élève :

- Prénom .....
- Nom .....
- Classe .....
- Né(e) le .....

> Et constaté ce jour que son état de santé entraîne (*cocher la case*) :

**Inaptitude partielle**

- du ..... au ..... inclus

**Inaptitude totale**

- du ..... au ..... inclus

> Préciser en termes d'incapacités fonctionnelles si l'inaptitude partielle est liée à (*cocher les cases*) :

**Types de mouvement**

- Amplitude    Vitesse    Charge    Posture
- Autre .....

**Types d'effort**

- Musculaire    Cardio-vasculaire    Respiratoire
- Autre .....

**Capacité d'effort**

- Intensité    Durée
- Autre .....

**Situation d'exercice et d'environnement**

- Travail en hauteur    Milieu aquatique    Conditions atmosphériques
- Autre .....

**Autres** .....

> Fait à ....., le .....

> **Signature et cachet du médecin**



## Complément au certificat médical d'inaptitude pour une adaptation des contenus d'enseignement en éducation physique et sportive (EPS) aux possibilités de l'élève

> Au regard de son état de santé, l'élève peut :

Fonctions	Possible	Pour un effort d'intensité		Pour un effort de durée	
		Forte	Modérée	Prolongée	Limitée
Marcher					
Courir					
Lancer					
Sauter					
Lever • porter					
Nager					

2  
—  
2

**Compléments d'informations permettant au professeur d'adapter son enseignement**

.....

.....

.....

> Fait à ....., le .....

> Signature et cachet du médecin

