

CERTIFICAT MEDICAL D'INAPTITUDE PARTIELLE/TOTALE

A LA PRATIQUE DE L'EPS

Je soussigné _____, docteur en médecine certifie avoir examiné ce jour
l'élève _____, né(e) le _____, et avoir constaté que
son état de santé entraîne du _____ au _____

UNE INAPTITUDE PARTIELLE A LA PRATIQUE DE L'EPS

Cette aptitude partielle nécessite une adaptation aux possibilités de l'élève.
Merci d'indiquer ce que l'élève peut faire dans le cadre d'une pratique physique :

- Marcher
- courir
- sauter
- lancer
- porter
- Efforts intenses et brefs
- efforts prolongés

Autres aménagements souhaitables :

- adaptation suivant conditions climatiques : _____
- arrêt ponctuel de l'activité dès signe d'essoufflement
- arrêt ponctuel de l'activité dès signe de fatigue
- arrêt ponctuel de l'activité dès signe de douleur
- autres _____
- activités interdites _____

UNE INAPTITUDE TOTALE A LA PRATIQUE DE L'EPS

NOMBRE DE CASES COCHEES _____

Fait à _____, le _____

Cachet et signature du médecin prescripteur