

Ce document sera remis **en main propre** par l'élève concerné
à l'infirmière du Lycée AMPERE

CERTIFICAT MEDICAL D'INAPTITUDE A LA PRATIQUE DE L'EDUCATION PHYSIQUE ET SPORTIVE ¹

**Je, soussigné(e),docteur en médecine
exerçant à certifie avoir, en application du décret n° 88-977
du 11 octobre 1988, examiné**

L ' ELEVE CLASSE :.....

Etablissement : VILLE :

né(e) le.....

et constaté ce jour que son état de santé entraîne

une INAPTITUDE PARTIELLE

du au

**Dans ce cas, pour permettre une adaptation de l'enseignement aux possibilités de
l'élève, préciser en termes d'incapacités fonctionnelles si l'inaptitude est liée à :**

- des types de mouvements (amplitude, vitesse, charge, posture ...) :

.....

- des types d'efforts (musculaire, cardio-vasculaire, respiratoire) :

.....

- la capacité à l'effort (intensité, durée...) :

.....

**- des situations d'exercice et d'environnement (travail en hauteur, milieu
aquatique, conditions atmosphériques...) :**

.....

- etc.

.....

une INAPTITUDE TOTALE²

du..... au ³

Fait à le.....

Signature et cachet du médecin :

¹ Le médecin de santé scolaire sera destinataire de tout certificat médical d'inaptitude d'une durée supérieure à trois mois.

² En cas d'inaptitude totale, le certificat peut être établi sur papier à en-tête du médecin.

³ En cas de non production d'un nouveau certificat, l'élève sera considéré apte à la reprise de la pratique de l'EPS.