

CERTIFICAT MÉDICAL D'INAPTITUDE A LA PRATIQUE DE L'EPS

Je soussigné, Docteur en médecine.....

Certifie avoir étudié la situation de l'élève (nom, prénom) :.....

Né(e) le :...../...../.....

Baccalauréat : Général Technologique

Département : 22 29 35 56

Je confirme :

➤ **Une inaptitude totale** (cocher la case)

année scolaire 20../20.. Temporaire

Du _____ au _____

➤ **Une inaptitude partielle** (cocher la case)

année scolaire 20../20.. Temporaire

Du _____ au _____

Liée à :

- Des types de mouvements (amplitude, vitesse, charge, posture, etc)
- Des types d'effort (musculaire, cardiovasculaire, respiratoire, etc)
- La capacité d'effort (intensité, durée, etc)
- Des situations d'exercice et d'environnement (travail en hauteur, milieu aquatique, conditions atmosphériques, etc)

J'atteste de la justification de (cocher la case) :

La dispense de participation aux épreuves d'éducation physique et sportive pour l'année scolaire 20...../20.....

L'inscription à l'épreuve du contrôle adapté ponctuel académique (choix parmi les activités suivantes)

Marche sportive de demi-fond

3x500m en fauteuil manuel

Natation vitesse

Natation sauvetage

Natation en durée

Cachet du médecin

Date :

Signature