

## 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 de l'éducation nationale

Date :

Signature