

A FAIRE REMPLIR PAR LE MEDECIN EN CAS D'INAPTITUDE

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

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

L ' ELEVECLASSE :
né(e) le

et constaté ce jour que son état de santé entraîne une

INAPTITUDE PARTIELLE ou TOTALE *

du au

En cas d'inaptitude partielle**, 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...)

Fait à le

Signature et cachet du médecin :

* Rayer la mention inutile

** Joindre éventuellement les activités et épreuves proposées par l'établissement