

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

**Référence : Décret n°88-977 du 11 octobre 1988 relatif au contrôle médical des inaptitudes à la pratique de l'éducation physique et sportive dans les établissements d'enseignement**

Je soussigné(e), Dr ....., docteur en médecine

Certifie avoir examiné ce jour l'élève :

Nom, Prénom : ..... Né(e) le .....

et constaté que son état de santé entraîne :

**UNE INAPTITUDE PARTIELLE A LA PRATIQUE DE L'EPS**

Du ..... au .....inclus

Afin de permettre une adaptation de l'enseignement de l'EPS aux possibilités de l'élève, il est nécessaire :

**D'aménager les activités physiques qui sollicitent les articulations suivantes :**

Chevilles  , genoux  , hanche  , épaule  , rachis  , autres  .....

**D'aménager les activités physiques qui sollicitent les fonctions cardio-respiratoires :**

- privilégier les activités d'intensité modérée mais de durée prolongée
- de permettre à l'élève de faire des pauses pendant l'effort si nécessaire
- d'adapter son temps de récupération...

**Autres recommandations pouvant aider l'enseignant à la mise en place d'activités adaptées (à préciser):**

.....  
.....

**UNE INAPTITUDE TOTALE A LA PRATIQUE DE L'EPS**

Pour l'année scolaire 201...../201.....

Tout élève pour lequel une inaptitude totale ou partielle supérieure à trois mois, consécutifs ou cumulés, pour l'année scolaire en cours, a été prononcée, fera l'objet d'un suivi particulier par le médecin de santé scolaire en liaison avec le médecin traitant (Article 2 Arrêté du 13/09/89 - Décret n° 88-977 du 11/10/88).

Du ..... au .....inclus.

**En l'absence de pratique physique l'élève peut être amené à participer à diverses tâches:**

Organisation de tournois, arbitrage, managérat, observation et validation des acquis des autres élèves, juge et chorégraphe....

Fait à ....., le ..... **Cachet et signature :**