**Certificat médical d’inaptitude à l’EPS établi par le médecin traitant**

*Conforme à l'annexe de l'arrêté du 13 septembre 1989 J.O. du 21 septembre 1989*

Je, soussigné, docteur en médecine :

Lieu d'exercice :

certifie avoir, en application du code de l'éducation (art D312-1), examiné l'élève

**Nom et prénom :**

et constaté ce jour, que son état de santé entraîne :

□ une INAPTITUDE PARTIELLE du…………………..au………………..……inclus.

Le médecin mentionne sur ce certificat, dans le respect du secret médical, toutes indications utiles en termes d’incapacités fonctionnelles permettant d'adapter la pratique de l'EPS aux possibilités de l'élève :

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Activités proposées | Pratique possible | Exemples d’aménagements | Inapte partiel (préciser les adaptations) | Inapte total |
| Basket-ball  volley-ball |  | Réduction des temps de jeu, adaptation des règles, diminution de la zone d’évolution |  |  |
| Badminton |  | Réduction du terrain pour diminuer les déplacements |  |  |
| GymnastiqueAcrosport |  | Suppression des réceptions ou de type de difficultés |  |  |
| Danse |  | Adaptation du type de mouvement |  |  |
| Course à pied |  | Temps de repos plus important. Modification de l’intensité ou de la durée |  |  |
| Musculation |  | Tronc, membres supérieurs ou membres inférieurs non sollicités |  |  |
| Marche |  | Série de déplacements marchés avec récupération |  |  |

□ une INAPTITUDE TOTALE du………………..….au…………...…...……inclus.

Date, signature et cachet du médecin traitant