

**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 TOTALE**

du.....au.....inclus.

une **INAPTITUDE PARTIELLE**

du.....au.....inclus.

Dans le cas d'une inaptitude partielle, pour permettre une adaptation des modalités d'évaluation certificative aux possibilités de l'élève, préciser en termes d'incapacités fonctionnelles si l'inaptitude est liée à :

**DES TYPES DE MOUVEMENTS** (amplitude, vitesse, charge, posture)

.....

**DES TYPES D'EFFORTS** (musculaires, cardio-vasculaires, respiratoires)

.....

**LA CAPACITE DE L'EFFORT** (intensité, durée)

.....

**DES SITUATIONS D'EXERCICE ET D'ENVIRONNEMENT** (travail en hauteur, milieu aquatique, conditions atmosphériques)

.....

**AUTRES**

.....

Date, signature et cachet du médecin traitant