

CERTIFICAT MEDICAL d'INAPTITUDE et/ou de PRATIQUE AMÉNAGÉE en EDUCATION PHYSIQUE et SPORTIVE



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

Je soussigné(e), Docteur en médecine.....

Lieu d'exercice.....

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

Nom et Prénom :

Né(e) le

Et constaté à ce jour que son état de santé entraîne :

☐ une **INAPTITUDE TOTALE** du.....au.....inclus.

☐ une **INAPTITUDE PARTIELLE** du.....au.....inclus.

Informations permettant l'adaptation des contenus d'enseignement en EPS :

ACTIVITÉS au programme des cours d'EPS	AVIS DÉFAVORABLE	AVIS FAVORABLE	avec ADAPTATIONS proposées en EPS au LEF Observations éventuelles du médecin
DEMI-FOND (2 x 500m ou 3 x 500m)	☐	☐	☐ 2x 500m ou 3x 500m « MARCHE » (barèmes adaptés)
SAUTS (Longueur, Triple-saut, Pentabond)	☐	☐	
COURSE de VITESSE (50m)	☐	☐	
COURSE D'ORIENTATION	☐	☐	☐ « MARCHE » d'ORIENTATION (barèmes adaptés)
ACROSPORT	☐	☐	☐ Ne pas être PORTEUR dans les pyramides humaines ☐ Autres :
SPORTS de RAQUETTE (Badminton, Tennis de table)	☐	☐	
SPORTS COLLECTIFS (Volley-ball, Basket-ball, Ultimate-frisbee)	☐	☐	
STEP	☐	☐	☐ Ne pas utiliser la marche
MUSCULATION	☐	☐	☐ Travail sans charge ☐ Utilisation de charges légères ☐ Ne pas solliciter certaines parties du corps (membres supérieurs, membres inférieurs...) ☐ Autres :

Nombre de cases cochées :

Date, signature et cachet du médecin