

**CERTIFICAT MEDICAL D'INAPTITUDE
A LA REALISATION DE TRAVAUX PRATIQUES ET D'AGRO-EQUIPEMENT.**

Je soussigné(e), Docteur en Médecine :

Exerçant à

Certifie, avoir examiné l'élève :

Nom

Prénom

Etablissement

Né (e) le

et constaté ce jour que son état de santé entraîne

Une inaptitude partielle

Du

au

Afin de permettre une adaptation de l'enseignement aux possibilités de l'élève, préciser en termes de capacités fonctionnelles ce que l'élève peut faire, ainsi que les types d'efforts autorisés et/ou déconseillés.

Mouvements essentiels			Types de situation		
	oui	non		oui	non
Forcer sur les jambes			Activité plantation		
Forcer sur les bras			Activité repiquage		
Forcer sur les mains			Activité taille		
Porter des charges			Activité désherbage		
Travail à genou			Activité débroussaillage		
Station debout prolongée			Activité petite maçonnerie		
			Conduite de véhicules motorisés		
			Autres : ...		

Commentaires éventuels :

Dans le cas où il n'y a aucune capacité fonctionnelle, je prononce

Une inaptitude Totale

Du

au

Fait à

Le

Signature et cachet du médecin

Nombre de cases cochées.