

Annexe 1 :

**CERTIFICAT MÉDICAL D'INAPTITUDE
À LA PRATIQUE DE L'ÉDUCATION PHYSIQUE ET SPORTIVE**

Je soussigné (e), Docteur en Médecine :
Exerçant à
Certifié, en application du *décret n°88-977 du 11 octobre 1988*, 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 d'efforts			Types de situation		
	oui	non		Oui	Non		oui	non
Marcher			Effort long et modéré			Activité aquatique		
Courir			Effort Intense et bref					
Sauter						Activité en hauteur		
Lancer								
S'accroupir			<u>Commentaires éventuels :</u> 					
Déplacements latéraux								
Lever porter								
Rotations								
Autres								

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

Fait à _____ le _____
Signature et cachet du médecin

Nombre de cases cochées _____