

# CERTIFICAT MÉDICAL D'INAPTITUDE A LA PRATIQUE DE L'ÉDUCATION PHYSIQUE ET SPORTIVE

Je soussigné, docteur en médecine :

lieu d'exercice :

certifie avoir, en application du [décret n° 88-977 du 11 octobre 1988](#), examiné l'élève

Nom et prénom : \_\_\_\_\_ né(e) le \_\_\_\_\_

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

inaptitude partielle (1)

(ou)

totale \_\_\_\_\_ du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

En cas d'inaptitude partielle, pour permettre une adaptation de l'enseignement 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...) ;

à des types d'effort (musculaire, cardio-vasculaire, respiratoire...) ;

à la capacité à l'effort (intensité, durée...) ;

à des situations d'exercice et d'environnement (travail en hauteur, milieu aquatique, conditions atmosphériques...)

etc....

***Date, signature et cachet du médecin.***

(1) le médecin scolaire sera destinataire de tout certificat d'inaptitude d'une durée supérieure à 3 mois