

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

ÉTABLISSEMENT : _____

BACCALAURÉAT GÉNÉRAL - SÉRIE : _____

Je soussigné(e), docteur(e) en médecine : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

Certifie avoir, en application du décret 88-977 du 11 octobre 1988, examiné l'élève

NOM, prénom _____, né(e) le _____

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

une inaptitude partielle ou une inaptitude totale
(candidats scolaires uniquement)

du _____ au _____ (1)

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 mouvement (amplitude, vitesse, charge, posture, etc...)
- à des types d'effort (musculaire, cardio-vasculaire, respiratoire, etc...)
- à la capacité à l'effort (intensité, durée, etc...)
- à des situations d'exercice et d'environnement (travail en hauteur, milieu aquatique, conditions atmosphériques, etc...)

Date, signature et cachet du médecin.

(1) En cas de non-production d'un nouveau certificat, l'élève sera considéré apte à la reprise de la pratique de l'éducation physique et sportive.

Aucun certificat d'inaptitude partielle ou totale ne peut avoir d'effet rétroactif