

**CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE PARTIELLE
OU D'INAPTITUDE TOTALE A LA PRATIQUE DE L'EPS**

« Les nouvelles dispositions réglementaires (...) retiennent le principe de l'aptitude a priori de tous les élèves à suivre l'enseignement de l'EPS. » Circulaire du 17 Mai 1990

Je soussigné(e) _____

Docteur en médecine — Lieu d'exercice : _____

Certifie avoir, en application du décret n°88-977 du 11.10.1988, examiné l'élève _____

né(e) le _____

et constaté que son état de santé entraîne pendant la période du _____ au _____

☐ **Une aptitude partielle à la pratique de l'EPS**

Cette aptitude partielle nécessite une adaptation aux possibilités de l'élève selon les modalités suivantes :

FONCTIONS	POSSIBLE	POSSIBLE MAIS REALISABLE AVEC DIFFICULTE	CONTRE INDIQUE
Marcher	☐	☐	☐
Courir	☐	☐	☐
Sauter	☐	☐	☐
Lancer	☐	☐	☐
Lever-porter	☐	☐	☐
Nager	☐	☐	☐
<u>EFFORTS</u>			
Intense	☐	☐	☐
Modéré	☐	☐	☐
De faible intensité	☐	☐	☐
Total cases cochées			

Dans certains cas, des pauses intermédiaires sont souhaitables pour augmenter la récupération.

☐ **Une inaptitude totale à la pratique de l'EPS**

AUTRES RECOMMANDATIONS :

Pour les situations particulières, le médecin scolaire peut appeler le docteur _____

au numéro de téléphone suivant : _____

Date : _____

Signature et cachet du praticien :