

CERTIFICAT MÉDICAL D'INAPTITUDE PARTIELLE (ou totale) A LA PRATIQUE DE L'ÉDUCATION PHYSIQUE ET SPORTIVE*

L'activité physique est essentielle pour la santé. Le certificat médical ne dispense pas de l'obligation scolaire et vise à encourager la pratique physique de l'élève en cours d'EPS (sauf conditions particulières cf. ci-dessous). En cas de restrictions médicales décrites ci-dessous, le professeur adaptera son enseignement (cours et évaluation) pour et avec l'élève.

Je soussigné(e) Docteur en médecine,
certifie avoir examiné ce jour
né(e) le et avoir constaté que son état de santé entraîne : (au choix)

☐ **UNE INAPTITUDE PARTIELLE** à la pratique physique du/...../..... au/...../.....

➤ **Mouvements impossibles :**

- | | | | | | |
|----------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|---|--------------------------------|
| ☐ Marcher | ☐ Courir | ☐ Nager | ☐ Sauter | ☐ Porter | ☐ Lever |
| ☐ Lancer | ☐ Grimper | ☐ Lutter | ☐ Tourner | ☐ Se renverser sur les mains | |

Précisions et éventuelles contre-indications formelles :

.....

.....

➤ **Adaptations souhaitables :**

Tenir compte des troubles liés à :

- | | |
|---|---|
| ☐ la coordination | ☐ l'équilibre |
| ☐ la concentration | ☐ la communication |

Tenir compte des difficultés dans la gestion :

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ du temps | ☐ de l'espace | ☐ des consignes |
| ☐ des interactions sociales | ☐ du rapport au corps | |

➔ Précisions et/ou contre-indications :

.....

.....

.....

.....

.....

L'élève a la capacité d'exprimer ses besoins et ressentis (douleur, effort...) : ☐ Oui ☐ Non

OU

☐ **UNE INAPTITUDE TOTALE** à la pratique physique du/...../..... au/...../.....

Précisions :

A l'issue de cette période, l'élève sera considéré apte à la pratique de l'EPS.

Si nécessaire, je reste à l'écoute sur vos éventuelles remarques sur les adaptations mises en place et vos éventuels questionnements au dos de ce document. L'élève pourra ainsi m'en faire part lors d'une prochaine consultation.

Fait à

Cachet et signature du médecin :

Le