



CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE PARTIELLE (ou inaptitude totale) A LA PRATIQUE DE L'EDUCATION PHYSIQUE ET SPORTIVE

Remplir le plus précisément possible ce certificat médical permettra aux enseignants d'EPS de pouvoir proposer un ou des exercices adaptés en fonction des capacités citées (exemple: augmentation des temps de récupération, diminution de la quantité de travail, adaptation de l'espace de jeu, utilisation de matériel approprié, changement d'activité...). Ceci favorisera l'intégration de l'élève dans le groupe et valorisera sa participation en EPS en toutes circonstances.

Je, soussigné....., docteur en médecine, certifie avoir examiné ce jour l'élève..... né(e) le et avoir constaté que son état de santé entraîne:

UNE APTITUDE PARTIELLE à la pratique physique du..... au..... inclus

1- Indiquer ce que l'élève PEUT FAIRE dans le cadre d'une pratique physique:

- les fonctions suivantes: marcher courir sauter mettre la tête en bas lancer lever porter

Mobiliser les parties du corps suivantes: bras dos tête jambes

Précisions:.....

- Les types d'efforts suivants: intenses et brefs efforts prolongés (durée limité à:.....)

arrêt ponctuel de l'activité dès signe: d'essoufflement de fatigue de douleur

Précisions:.....

- contexte particulier: activités en milieu aquatique activité en élévation (escalade...) activités de contact (lutte, rugby...) Précisions:.....

- autre(s) aménagement(s) souhaitable(s):

adaptations suivant conditions climatiques (pollution, froid sec ...)

activités physiques permettant un allègement du corps: natation, vélo, marche...

activités physiques avec déplacements limités: terrain réduit par exemple

activités physiques ne sollicitant pas certaines articulations (les citer):

Précisions:.....

Remarques pouvant aider le professeur d'EPS à la mise en place des activités adaptées:

2- indiquer ce que l'élève PEUT FAIRE en l'absence de pratique physique possible:

arbitrage et aide pour arbitrage juge observateur coach/manager

UNE INAPTITUDE TOTALE TEMPORAIRE à la pratique physique du au.....inclus.

Fait à.....le..... Cachet et signature du médecin:

Attestation **du médecin de l'éducation nationale** (pr inaptitudes cumulées de + de 3 mois)

Nom et visa du **professeur d'eps**

Nom et visa du **chef d'établissement**