

**CERTIFICAT MÉDICAL D'INAPTITUDE
à la PRATIQUE de l'ÉDUCATION PHYSIQUE et SPORTIVE**

Modèle de certificat médical à usage scolaire

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

➤ **UNE INAPTITUDE PARTIELLE à la PRATIQUE de L'EPS**

Durée de du au inclus.

Cette inaptitude nécessite une adaptation aux possibilités de l'élève.

En cas d'inaptitude partielle, pour permettre une adaptation de l'enseignement aux possibilités de l'élève, **cocher les activités physiques et sportives ne pouvant être pratiquées :**

6^{ème}	5^{ème}	4^{ème}	3^{ème}
<input type="checkbox"/> Demi-Fond	<input type="checkbox"/> Lancers (Disques, Poids)	<input type="checkbox"/> Demi-Fond	<input type="checkbox"/> Demi-Fond
<input type="checkbox"/> Ultimate	<input type="checkbox"/> Tennis de Table	<input type="checkbox"/> Boxe Française	<input type="checkbox"/> Natation
<input type="checkbox"/> Natation	<input type="checkbox"/> Volley-Ball	<input type="checkbox"/> Vitesse-Relais	<input type="checkbox"/> Volley-Ball
<input type="checkbox"/> Badminton	<input type="checkbox"/> Lutte	<input type="checkbox"/> Ultimate	<input type="checkbox"/> Course d'Orientation
<input type="checkbox"/> Danse	<input type="checkbox"/> Hand-Ball	<input type="checkbox"/> Acrosport	<input type="checkbox"/> Tennis de Table
<input type="checkbox"/> Gymnastique	<input type="checkbox"/> Demi-Fond	<input type="checkbox"/> Badminton	
<input type="checkbox"/> Course d'Orientation	<input type="checkbox"/> Acrosport		

Remarques complémentaires pouvant aider l'enseignant d'EPS à la mise en place d'activités adaptées :

.....

➤ **UNE INAPTITUDE TOTALE (quand aucune adaptation n'est possible)**

Durée de du au inclus

A....., le.....

(Cachet et signature)