

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

Je soussignéDocteur en médecine, certifie avoir examiné l'élève.....né(e) le..... et constaté que son état de santé entraîne durant une période de.....

Une inaptitude totale à la pratique de l'EPS

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		CONTRE INDIQUE
	Normalement	de faible intensité	
Marcher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Courir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sauter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lever-porter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nager	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total cases cochées :			

AUTRES RECOMMANDATIONS :

.....

.....

.....

Rappel : La participation à l'activité physique fait partie intégrante de la prise en charge proposée à l'élève : elle peut consister en la pratique d'activités physiques, d'arbitrage ou encore d'encadrement. Il est donc important de faciliter son intégration dans le groupe et de valoriser sa participation à l'EPS en toutes circonstances.

Date :

signature et cachet du praticien :