

CERTIFICAT MEDICAL D'INAPTITUDE
A LA PRATIQUE DE L'EDUCATION PHYSIQUE ET SPORTIVE

Année Scolaire 2022/ 2023 - Lycée Emmanuel Chabrier - Elève : - Classe :

Je soussigné.....Docteur en médecine

Lieu d'exercice :

Certifie avoir, en application du décret n°88977 du 11,10,1998, examiné

L'élève :, Né(e) le

Et constate que son état de santé entraîne :

■ Une inaptitude **TOTALE** du au qui empêche toute activité physique adaptée. (dates en toutes lettres)

ou

■ Une inaptitude **PARTIELLE** du au qui autorise une activité physique adaptée. (dates en toutes lettres)

Dans le cas d'une inaptitude partielle, veuillez, s'il vous plaît, cocher dans le tableau suivant les activités pouvant être pratiquées et le cas échéant préciser si l'activité nécessite une adaptation.

Veuillez également indiquer dans le tableau EPS Adaptée si l'élève est apte à pratiquer ou non les activités

	Observations médicales en rapport avec l'activité
<input type="checkbox"/> Acrosport	
<input type="checkbox"/> Danse	
<input type="checkbox"/> Volley Ball	
<input type="checkbox"/> Ultimate	
<input type="checkbox"/> Circuit training	
<input type="checkbox"/> Badminton	
<input type="checkbox"/> Tennis de table	
<input type="checkbox"/> Course d'orientation	
<input type="checkbox"/> Natation Sauvetage	
<input type="checkbox"/> Demi fond	
<input type="checkbox"/> Gymnastique	
<input type="checkbox"/> Musculation	
<input type="checkbox"/> Hand Ball	
<input type="checkbox"/> Savate boxe française	
<input type="checkbox"/> Trail / Cross	

Nombre de cases cochées en toutes lettres :

ATTENTION : Aucun certificat ne peut avoir de valeur rétroactive.

Date, signature et **cachet du médecin**

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