

**Ce certificat doit être remis en main propre par l'élève  
concerné à son professeur d'EPS**

**CERTIFICAT MÉDICAL D'INAPTITUDE  
À LA PRATIQUE DE L'ÉDUCATION PHYSIQUE**

Je soussigné(e), ..... docteur en médecine

exerçant à.....

certifie avoir, en application du décret n°88-977 du 11 octobre 1988, examiné

L'ÉLÈVE ..... CLASSE :.....

né(e) le .....

et constaté ce jour que son état de santé entraîne une

**INAPTITUDE PARTIELLE  OU TOTALE**

du..... au .....

**En cas d'inaptitude partielle\***, l'inaptitude est liée à

- des types de mouvements (amplitude, vitesse, charge, posture) :

.....

- des types d'efforts (musculaire, cardio-vasculaire, respiratoire) :

.....

- la capacité à l'effort (intensité, durée,...) :

.....

- des situations d'exercice et d'environnement (travail en hauteur, milieu aquatique, conditions atmosphériques,...)

Fait à ..... le .....

Signature et cachet du médecin :