

**CERTIFICAT MEDICAL D'INAPTITUDE TOTALE OU PARTIELLE A LA PRATIQUE DE L'EDUCATION PHYSIQUE ET SPORTIVE**

Je soussigné (e), Docteur en médecine : .....

Certifie avoir examiné ce jour l'élève

**Nom** : ..... **Prénom** : .....

Scolarisé (e) en classe de : .....

**et avoir constaté que son état de santé entraîne (cocher la case correspondante) :**

**Une inaptitude PARTIELLE liée à la pratique de l'EPS**

L'élève ne peut pas (entourer les actions concernées) :

courir longtemps / courir vite / sauter / lancer / lever / porter

Autres : .....

**Une inaptitude TOTALE**

**Du** ..... **au** .....

**Fait à** : ..... **Le** .....

**Signature et cachet du médecin :**

**CERTIFICAT MEDICAL D'INAPTITUDE TOTALE OU PARTIELLE A LA PRATIQUE DE L'EDUCATION PHYSIQUE ET SPORTIVE**

Je soussigné (e), Docteur en médecine : .....

Certifie avoir examiné ce jour l'élève

**Nom** : .....**Prénom** : .....

Scolarisé (e) en classe de : .....

**et avoir constaté que l'élève n'est PAS APTE à pratiquer les sports suivants :**

Activités	OUI	NON	Précisions
Sports de raquette			
Course de vitesse			
Course d'endurance			
Sports Collectifs			
Danse			
Activités gymniques			
Fitness			
Marche			
Sauts			
Lancers			
Sports aquatique			

**Fait à** : ..... **Le** .....

**Signature et cachet du médecin :**