

**CERTIFICAT MEDICAL D'INAPTITUDE A LA PRATIQUE DE
L'EDUCATION PHYSIQUE ET SPORTIVE (1)**

Je soussigné, Docteur _____

Lieu d'exercice _____

Certifie avoir, en application du décret n° 88-977 du 11 octobre 1988, examiné l'élève
(nom, prénom) _____

Né (e) le _____

Et constaté, ce jour, que son état de santé entraîne :

- une inaptitude partielle, totale (2),
du _____ au _____ (3)

En cas d'inaptitude partielle, pour permettre une adaptation de l'enseignement aux
possibilités de l'élève, préciser en termes d'incapacités fonctionnelles si l'inaptitude
est liée :

- à des types de mouvements (amplitude, vitesse, charge, posture)
- à la capacité à l'effort (intensité, durée. . .) ;
- à des situations d'exercice et d'environnement (travail en hauteur, milieu
aquatique, conditions atmosphériques . . .) etc.

Date, signature et cachet du médecin

(1) le médecin de santé scolaire sera destinataire de tout certificat d'inaptitude d'une durée supérieure à trois mois.

Quelle que soit la durée de l'inaptitude, le médecin traitant a toute latitude pour faire connaître, sous pli confidentiel, son diagnostic au médecin de santé scolaire nommé désigné.

Le nom de celui-ci pourra lui être communiqué par le directeur d'école ou le chef d'établissement.

(2) En cas d'inaptitude totale, le certificat peut être établi sur papier à en-tête du médecin.

(3) En cas de non-production d'un nouveau certificat, l'élève sera considéré apte à la reprise de la pratique de l'éducation physique et sportive.