

ANNEXE 2
(article 14 du règlement intérieur)
CERTIFICAT MEDICAL D'INAPTITUDE A LA PRATIQUE DE L'EDUCATION PHYSIQUE ET SPORTIVE

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

Lieu d'exercice

Certifie avoir examiné l'élève :

NOM et prénom

Né(e) le Classe

Ai constaté ce jour que son état de santé entraîne :

UNE INAPTITUDE PARTIELLE

du..... au

UNE INAPTITUDE TOTALE

du..... au

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 des types d'efforts (musculaire, cardiovasculaire, respiratoire....) :
.....
- à la capacité à l'effort (intensité, durée):
.....
- à des situations d'exercice et d'environnement (travail en hauteur, milieu aquatique, conditions atmosphériques.....) :
.....
- autres :

Fait à Le..... Signature et cachet du Médecin