ANNEXE 2
(article 14 du règlement intérieur)

CERTIFICAT MEDICAL D'INAPTITUDE A LA PRATIQUE DE L'EDUCATION PHYSIQUE ET SPORTIVE / NATATION SCOLAIRE EN MILIEU SCOLAIRE

Je soussigné(e), Docteur en Médecine,

Certifie avoir examiné l'élève :

NOM : .....

Prénom (s) :.....

Né(e) le ____/____/_____

Etablissement scolaire : ..... Classe : ……..

et constaté ce jour que son état de santé entraîne :

☐ **UNE INAPTITUDE TOTALE**

☐ Pour l'année scolaire 20……/20……

☐ Pour une durée allant du____/____/_____ au ____/____/_____ inclus.

☐ **UNE INAPTITUDE PARTIELLE**

☐ Pour l'année scolaire 20……/20……

☐ Pour une durée allant du____/____/_____ au ____/____/_____ inclus.

- En cas d'inaptitude partielle, préciser les sports contre indiqués :

.....

.....

.....

- Autres recommandations (à préciser – *ex. incapacités fonctionnelles liés à des types d'effort, de mouvements, à des situations d'exercice, capacité à l'effort etc.)* :

.....

.....

.....

Fait à …….. le ……..

Signature et cachet du Médecin :