

ANNEXE 2
(article 14 du règlement intérieur)

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

Du au

UNE INAPTITUDE PARTIELLE

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