

## Certificat médical d'inaptitude à la pratique de l'EPS

(JO du 21.09.1989 - arrêté du 13.11.1989)

Je soussigné, docteur en médecine,.....

Certifie avoir examiné l'élève (nom-prénom) :.....

Né(e) le :.....

Je constate ce jour que son état de santé entraîne\* :

☞ **Une inaptitude totale**

- définitive\*
- temporaire\*
- durée :.....

☞ **Une inaptitude partielle**

- définitive\*
- temporaire\*
- durée :.....

*\* rayer la mention inutile*

**Liée à :**

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

Cachet du médecin :

Date :.....

Signature :