

CERTIFICAT MÉDICAL D'INAPTITUDE A LA PRATIQUE DE L'EPS

Je soussigné, Docteur en médecine.....

Certifie avoir étudié la situation de l'élève (nom, prénom) :.....

Né(e) le :...../...../.....

Baccalauréat : Général Technologique

Établissement scolaire :.....

Je confirme :

➤ Une inaptitude totale (cocher la case)

année scolaire 20../20.. Temporaire

Du _____ au _____

➤ Une inaptitude partielle (cocher la case)

année scolaire 20../20.. Temporaire

Du _____ au _____

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)

J'atteste de la justification de (cocher la case) :

- La dispense de participation aux épreuves d'éducation physique et sportive pour l'année scolaire 20..../20....
- Une évaluation adaptée dans le cadre du contrôle en cours de formation, proposée et organisée par l'établissement, validée par les IA IPR EPS, en lien avec le médecin de l'éducation nationale.
- L'inscription à l'épreuve du contrôle adapté ponctuel académique (choix parmi les activités suivantes)
 - Marche sportive de demi-fond 3x500m en fauteuil manuel
 - Natation vitesse Natation sauvetage Natation en durée

Cachet du médecin de l'éducation nationale

Date :

Signature