

JE SOUSSIGNE, DOCTEUR EN MEDECINE :

Certifie avoir, en application du décret n°88-977 du 11 octobre 1988, examiné l'élève

NOM, PRENOM : **né (e) le :**

Et constaté, ce jour, que son état de santé entraîne,

Une **inaptitude** à la pratique d'activités physiques
 PARTIELLE ou **TOTALE**
 du
 au inclus

RECOMMANDATIONS MEDICALES
pour adaptation de l'enseignement

Au cours de cette période, la présence de l'élève en cours est **OBLIGATOIRE**

(En référence aux Art. L312-2 et L312-3 du code de l'éducation ainsi qu'aux instructions officielles issues des programmes lycées)

FONCTIONS	Possible	ou	Possible avec adaptation	ou	Contre indiqué
Marcher	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Efforts intenses et brefs <input type="checkbox"/> Faible allure en durée		<input type="checkbox"/>
Courir	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Efforts intenses et brefs <input type="checkbox"/> Faible allure en durée		<input type="checkbox"/>
Sauter, percuter	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Impacts ponctuels <input type="checkbox"/> Impacts répétés		<input type="checkbox"/>
Nager	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Efforts intenses et brefs <input type="checkbox"/> Faible allure en durée		<input type="checkbox"/>
Grimper	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Faible hauteur (< 2m50) <input type="checkbox"/> Grande hauteur (> 2m50)		<input type="checkbox"/>
Porter, Soulever	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Charges légères <input type="checkbox"/> Charges lourdes		<input type="checkbox"/>
Tonification musculaire	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Avec charges modérées <input type="checkbox"/> Sans charges		<input type="checkbox"/>
Lancer, Jeter, Frapper	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Ballon, frisbee <input type="checkbox"/> Balle ou volant avec une raquette		<input type="checkbox"/>

A défaut de possibilité d'adaptation, l'élève suivra un enseignement basé sur l'engagement dans différents rôles sociaux afférents aux activités physiques sportives et artistiques (arbitrage, coaching, observation...)

VIGILANCES PARTICULIERES	PRECISIONS
<input type="checkbox"/> Zones corporelles	
<input type="checkbox"/> Fonctions cardio-respiratoire	
<input type="checkbox"/> Crise d'angoisse, Phobie...	
<input type="checkbox"/> Autres	

Date, signature et cachet du médecin traitant :	Visa de l'enseignant d'EPS « Vu et pris connaissance » le :
	Visa du service médical de l'établissement

Attention : aucun certificat ne peut avoir de valeur rétroactive