

CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE PARTIELLE
(ou inaptitude totale)
A la pratique de l'Education Physique et Sportive

LYCEE GUSTAVE EIFFEL
16 Chemin de la Renardière
93220 GAGNY

M.B, C.G, 2024

La circulaire n°2017-058 du 4-4-17 rappelle que seuls les handicaps ne permettant pas à l'intéressé une pratique adaptée entraînent une dispense d'épreuve.

JE SOUSSIGNE, DOCTEUR EN MEDECINE :

Certifie avoir examiné en date du..... et avoir constaté que l'état de santé de

NOM, PRENOM : **né (e) le :**entraîne :

Une **APTITUDE PARTIELLE** à la pratique physique

du au inclus

➡ **indiquer ce que l'élève PEUT FAIRE** *nombre de cases cochées svp*

	Oui	Non	Type d'efforts		
Marcher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Intenses et brefs	<input type="checkbox"/> Faible allure en durée	
Courir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Intenses et brefs	<input type="checkbox"/> Faible allure en durée	
Nager	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Intenses et brefs	<input type="checkbox"/> Faible allure en durée	
Sauter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Impacts répétés (STEP)	<input type="checkbox"/> Impacts ponctuels	
Porter, Soulever	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sans charges	<input type="checkbox"/> Charges légères	<input type="checkbox"/> Charges lourdes
Tonification musculaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sans charges	<input type="checkbox"/> Charges modérées	
Lancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Balle, frisbee, volant	<input type="checkbox"/> Javelot, vortex	<input type="checkbox"/> Poids, disque
VIGILANCES PARTICULIERES			PRECISIONS		
<input type="checkbox"/> Zones corporelles fragilisées					
<input type="checkbox"/> Fonction cardio-respiratoire					
<input type="checkbox"/> Crise d'angoisse, Phobie...					
<input type="checkbox"/> Autres					

OU Une **INAPTITUDE TOTALE** à la pratique physique

du au inclus

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

▶ A l'issue de cette période, l'élève sera considéré comme apte à la pratique de l'EPS

Le certificat est à transmettre dans les 72h qui suivent sa prescription.

Attention : aucun certificat ne peut avoir de valeur rétroactive