

A RENDRE EN MAIN
PROPRE À UN
PROFESSEUR D'EPS



UNIQUEMENT !!!

**CERTIFICAT MEDICAL D'INAPTITUDE PARTIELLE OU TOTALE
A LA PRATIQUE DE L'EDUCATION PHYSIQUE ET SPORTIVE**

Modèle à usage scolaire en référence au décret
du 11.10.1988 et à l'arrêté du 13.09.1989

Cadre réservé à l'enseignant (terminal)
TEPS n°.....
Indiquer le(s) n° du(es) CCF impacté(s)
CCF n°.....

Le professeur d'Éducation Physique et Sportive adapte son enseignement de façon à ce que chaque élève puisse effectivement participer au cours d'E.P.S, en fonction de ses possibilités et de ses capacités résiduelles.
Exemple : augmentation des temps de récupération, diminution de la quantité de travail, adaptation de l'espace de jeu, utilisation de matériel approprié, modification du barème, changement d'activité, marche sportive, ...).

Je, soussigné _____, docteur en médecine, certifie avoir examiné ce jour l'élève _____, né(e) le/...../..... scolarisé(e) en classe de
et avoir constaté que son état de santé entraîne (cocher et remplir) :

Une inaptitude PARTIELLE à la pratique de l'EPS
du / /
au / / **inclus**
Une pratique physique adaptée est compatible avec la santé de l'élève.

Une inaptitude TOTALE à la pratique de l'EPS
du / /
au / / **inclus**
La pratique physique quelle qu'elle soit est incompatible avec la santé de l'élève.

FONCTIONS	POSSIBLE	POSSIBLE AVEC ADAPTATION - <i>Précisions éventuelles</i>	CONTRE INDIQUE
Marcher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Courir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sauter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lever – porter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S'accroupir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Effectuer des rotations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se tonifier musculairement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S'étirer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nager	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EFFORTS			
Intense et bref	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Modéré	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De faible intensité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prolongé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CONTEXTES PARTICULIERS		<i>Précisions</i>	
Amplitude articulaire limitée	<input type="checkbox"/>		
Adaptation suivant les conditions climatiques (pollution, froid sec....)	<input type="checkbox"/>		
Hydratation	<input type="checkbox"/>		
Activités avec déplacements limités et ou dans l'axe	<input type="checkbox"/>		
AUTRES RECOMMANDATIONS :			
<u>Médecin</u> Le/...../..... <i>Cachet et signature</i>		ATTENTION : aucun certificat ne peut avoir de valeur rétroactive !	

Nom et Visa du **professeur d'EPS en charge** + date de réception

Nom et visa du **chef d'établissement**