

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 (terminale)  
**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 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 - Précisions éventuelles	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"/>
<b>EFFORTS</b>			
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"/>
<b>CONTEXTES PARTICULIERS</b>		<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 :

Le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 202\_\_ .

Tampon et signature du médecin

**ATTENTION : aucun certificat ne peut avoir de valeur rétroactive !**

Nom professeur d'EPS en charge	Signature du professeur d'EPS	Date de réception par le professeur d'EPS ____ / ____ / 202__ .	Nom et tampon du chef d'établissement
--------------------------------	-------------------------------	--	---------------------------------------