



CERTIFICAT MÉDICAL D'INAPTITUDE PARTIELLE À LA PRATIQUE DE L'ÉDUCATION PHYSIQUE ET SPORTIVE

Je soussigné, docteur en médecine :
Certifie avoir examiné,
L'élève (**nom, prénom, classe**) :
Né(e) le.
Et ai constaté ce jour que son état de santé entraîne :

☐ Une INAPTITUDE PARTIELLE À LA PRATIQUE d'une ou des activités programmées en EPS

Du _____ au _____ inclus.

En cas d'inaptitude partielle, les cours d'EPS étant obligatoires {Loi d'orientation BO spécial n°4 du 31 /08/89}, les élèves partiellement inaptes se verront proposer **une adaptation des contenus et/ou de l'évaluation ou un changement d'activité**

Afin de permettre aux enseignants de proposer des contenus d'enseignement qui permettent de préserver l'intégrité physique des élèves, le médecin voudra bien préciser si l'inaptitude est liée à :

☐ Une lésion traumatique

Préciser les articulations ou zones corporelles à préserver :

Exemples d'adaptation: pas de porter en acrosport (chorégraphie uniquement), travail de groupes musculaires ciblés en musculation, pas d'opposition en sports collectifs (zones d'invulnérabilité, jeu sur poste fixe...) renforcement musculaire ou mobilisation segmentaire adaptée....

☐ Une pathologie spécifique

Intensités et durées d'efforts à éviter :

Contextes de pratique à privilégier :

Exemples d'adaptation: marche sportive au lieu de 1/2 fond, diminution du temps de pratique, pauses fréquentes, pas d'opposition en sports collectifs (zones d'invulnérabilité, jeu sur poste fixe...)

☐ Autre problème (motivationnel, relationnel....)

Exemples d'adaptation: groupes stables et choisis, suivi individualisé, tutorat...

...en vous remerciant de votre collaboration

☐ Une INAPTITUDE TOTALE TEMPORAIRE À LA PRATIQUE PHYSIQUE

Du _____ au _____ inclus.

Indiquer ce que l'élève PEUT FAIRE en l'absence de toute pratique physique possible :

☐ arbitrer/ ☐ juger / ☐ observer / ☐ aider pour organiser / ☐ participer à la mise en œuvre théorique d'un enchaînement, projet de jeu...

Nombre de cases cochées en chiffre :

A l'échéance du présent certificat l'élève sera considéré comme apte à la reprise de l'EPS

Un certificat médical ne peut avoir d'effet rétroactif (date du certificat = date du début de l'inaptitude)

Fait à _____, le _____ Cachet et signature:

Remis au professeur le Signature professeurSignature élève: