



**CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE PARTIELLE (ou inaptitude totale)  
À LA PRATIQUE DE L'ÉDUCATION PHYSIQUE ET SPORTIVE**

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. Le certificat est à transmettre dans les 48h qui suivent sa prescription.

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

**UNE APTITUDE PARTIELLE** à la pratique physique du ..... au ..... inclus

▷ Indiquer **ce que l'élève PEUT FAIRE** dans le cadre d'une pratique physique :

(Remplir le plus précisément possible ce certificat permettra aux enseignants d'EPS de pouvoir proposer un enseignement adapté (augmentation des temps de récupération, diminution de la quantité de travail, adaptation de l'espace de jeu...), favorisant ainsi l'intégration de l'élève dans le groupe et valorisant sa participation à l'EPS en toutes circonstances.)

<input type="checkbox"/> Marcher	<input type="checkbox"/> Courir	<input type="checkbox"/> Nager	<input type="checkbox"/> Sauter	<input type="checkbox"/> Porter	<input type="checkbox"/> Lever	<input type="checkbox"/> Lancer
<input type="checkbox"/> Grimper	<input type="checkbox"/> Lutter	<input type="checkbox"/> Se renverser sur les mains	<input type="checkbox"/> Tourner			
Mobiliser les parties du corps suivantes :			<input type="checkbox"/> Bras	<input type="checkbox"/> Dos	<input type="checkbox"/> Tête	<input type="checkbox"/> Jambes
Précisions : .....						

▷ **Faire des efforts :**

<input type="checkbox"/> brefs et intenses	<input type="checkbox"/> modérés (durée limitée à .....)	<input type="checkbox"/> de faible intensité	
<b>Arrêt ponctuel de l'activité au signe</b>	<input type="checkbox"/> d'essoufflement	<input type="checkbox"/> de fatigue	<input type="checkbox"/> de douleur
Précisions : .....			
...			

▷ **Indiquer d'autres aménagements souhaitables :**

<input type="checkbox"/> Liés aux conditions climatiques	<input type="checkbox"/> Permettant un allègement du corps
<input type="checkbox"/> Limitant les déplacements et/ou changements de direction	
<input type="checkbox"/> Ne sollicitant pas certaines articulations (précisez) : .....	
<b>Pour s'adapter à des troubles :</b> <input type="checkbox"/> de l'équilibre <input type="checkbox"/> de la coordination <input type="checkbox"/> de la concentration <input type="checkbox"/> autre	
<b>Pour gérer</b>	<input type="checkbox"/> le temps <input type="checkbox"/> l'espace <input type="checkbox"/> les consignes <input type="checkbox"/> les interactions sociales
Précisions : .....	
...	

**OU**

**UNE INAPTITUDE TOTALE** à la pratique physique du ..... au ..... inclus

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

Fait à ....., le .....

Cachet et signature du médecin