

CERTIFICAT MÉDICAL D'APTITUDE PARTIELLE À LA PRATIQUE DE L'ÉDUCATION PHYSIQUE ET SPORTIVE *En référence à l'arrêté du 13-09-89*

Je, soussigné....., docteur en médecine, certifie avoir examiné ce jour

L'élève..... Né(e)le.....classe.....

et avoir constaté que son état de santé entraîne une :

☐ **APTITUDE PARTIELLE A LA PRATIQUE DE L'EPS**

Duau.....inclus.

Préciser les articulations ou zones corporelles à préserver :

Cette aptitude partielle nécessite une adaptation des cours d'EPS aux possibilités de l'élève

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

-TYPES D'ACTIONS :

Marcher	Courir	Nager	Sauter	Grimper	Porter	Lancer	Se renverser	

- INTENSITE DES EFFORTS : ☐ Faible ☐ Modérée ☐ Forte

- DUREE DES EFFORTS : ☐ Courte ☐ Limitée ☐ Prolongée

- CONTEXTES DE PRATIQUE A EVITER :

☐ Milieu aquatique ☐ Conditions climatiques/atmosphériques ☐ Allergies : ☐ Autre :

- PRECISIONS SUPPLEMENTAIRES

☐ **INAPTITUDE TOTALE TEMPORAIRE A LA PRATIQUE PHYSIQUE**

Duau.....inclus.

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

☐ Arbitrer / ☐ Juger / ☐ Observer / ☐ Conseiller / ☐ autre(s)

*Indiquer si l'élève **PEUT PRATIQUER** les activités suivantes (avec ou sans adaptation)*

APSA	Contre indiquée	Aménagée	APSA	Contre indiquée	Aménagée
	:				

En cas de non production d'un nouveau certificat, l'élève sera considéré apte à la reprise de la pratique de l'E.P. S

Nombre de cases cochées en chiffre :

Fait à....., le **Cachet et signature :**

Remis le.....	À (Nom du professeur d'EPS)
	Signature de l'élève : Signature du professeur d'EPS :