

Ce document est à remettre **en main propre par l'élève** concerné à son professeur d'EPS

CERTIFICAT MEDICAL D'INAPTITUDE A LA PRATIQUE DE L'EDUCATION PHYSIQUE ET SPORTIVE ¹

Je, soussigné(e),.....docteur en médecine
certifie avoir, en application du décret n°88-977 du 11 octobre 1988, examiné

L'ELEVE

et constaté ce jour que son état de santé entraîne :

┌ **une INAPTITUDE PARTIELLE**

du au

Dans ce cas, et pour permettre une adaptation de l'enseignement aux possibilités de l'élève,
les activités physiques sportives et artistiques autorisées à la pratique sont :

- | | |
|--------------------------------------|--------------------------|
| ┌ Athlétisme : 3x500m | ┌ Basket ball |
| ┌ Athlétisme : vitesse relais | ┌ Musculation |
| ┌ Escalade | ┌ Step |
| ┌ Danse | ┌ Marche |
| ┌ Acrosport | ┌ Course en durée |
| ┌ Aérobic | |

┌ **une INAPTITUDE TOTALE ²**

du au³

Fait à le

Signature et cachet du médecin :

¹ Le médecin de santé scolaire sera destinataire de tout certificat médical d'inaptitude de plus de trois mois.

² En cas d'inaptitude totale, le certificat peut être établi sur papier à en tête du médecin.

³ En cas de non production d'un nouveau certificat, l'élève sera considéré apte à la reprise de la pratique de l'EPS.



Toute dispense inférieure à 3 semaines oblige l'élève à être présent en cours d'E.P.S

DISPENSE COMPLETE D'E.P.S.

*Ce document sera remis par le professeur d'EPS à la CPE référente
UNIQUEMENT en cas de dispense complète d'EPS*

NOM :

Prénom :

Classe :

CPE référent : Mme BENZAAMA

Mme FRANCK

----- AVIS DU PROFESSEUR D'EPS -----

Dispense du au

L'élève est totalement dispensé(e) de cours d'EPS pendant la période de la dispense.

Date :

Nom et signature du professeur d'EPS :



**Toute dispense inférieure à 3 semaines oblige l'élève à être
présent en cours d'E.P.S**