CERTIFICAT MEDICAL D'INAPTITUDE PARTIELLE
A LA PRATIQUE DE L'EDUCATION PHYSIQUE ET SPORTIVE
Lycée Louis PERGAUD - BESANCON

Je soussigné(e), Dr …….docteur en médecine

Certifie avoir, en application du décret N°88-977 du 11 octobre 1988, examiné ce jour l'élève :

Nom, Prénom : …… Né(e) le ……..

et constaté que son état de santé entraine :

O **UNE INAPTITUDE PARTIELLE A LA PRATIQUE DE l'EPS**

Du ……. au …….inclus

Afin de permettre une adaptation de l'enseignement de l'EPS aux possibilités de l'élève, il est nécessaire :

O **D'aménager les activités physiques qui sollicitent les articulations suivantes :**

Chevilles ☐ , genoux ☐ , hanche ☐ , épaule ☐ , rachis ☐ , autres ☐ ……

O **D'aménager les activités physiques qui sollicitent les fonctions cardio-respiratoires :**

-privilégier les activités d'intensité modérée mais de durée prolongée
-de permettre à l'élève de faire des pauses pendant l'effort si nécessaire
-d'adapter son temps de récupération…

O **Autres recommandations pouvant aider l'enseignant à la mise en place d'activités adaptées** (à préciser**):**

……
……

O **UNE INAPTITUDE TOTALE A LA PRATIQUE DE l'EPS**

O Pour l'année scolaire 201……. / 201……

Tout élève pour lequel une inaptitude totale ou partielle supérieure à trois mois, consécutifs ou cumulés, pour l'année scolaire en cours, a été prononcée, fera l'objet d'un suivi particulier par le médecin de santé scolaire en liaison avec le médecin traitant (Article 2 Arrêté du 13/09/89 -Décret n88-977 du 11/10/88).

O Du ……..au …….inclus.

En l'absence de pratique physique l'élève peut être amené à participer à diverses tâches:
Organisation de tournois, arbitrage, managérat, observation et validation des acquis des autres élèves, juge et chorégraphe...

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