

## Certificat médical d'APTITUDE à la pratique de l'EPS

*En référence au modèle proposé au BO numéro 36 du 26/10/ 1989 (décret du 11/ 10/ 1988 et Arrêté du 13/09/1989)*

**1.** Je, soussigné.e ..... Docteur en médecine, certifie avoir, en application du décret n°88-977 du 11/10/1988 examiné l'élève.....né.e le..... scolarisé.e au Lycée Hélène Boucher en classe de..... et constaté, ce jour, que son état de santé entraîne une inaptitude partielle d'une durée de ..... Cette inaptitude est liée aux incapacités fonctionnelles :

✓ à des types de mouvement (amplitude, vitesse, charge, posture...)

.....  
.....

✓ à des types d'effort (musculaire, cardio-vasculaire, respiratoire...):

.....  
.....

✓ à la capacité à l'effort (intensité, durée...):

.....  
.....

✓ à des situations d'exercice et d'environnement (travail en hauteur, en milieu aquatique, conditions atmosphériques)

.....  
.....

**2** - Cette inaptitude **PERMET LA PRATIQUE DE CERTAINES ACTIVITÉS PROPOSÉES** en classes de .....

Activités	Epreuves évaluées (en termes de compétence visée)	Autorisées*

\* Cocher toutes les activités autorisées

3 - Cette inaptitude PERMET LA PRATIQUE de **certaines activités adaptées ou aménagées** :

Activités	Épreuves évaluées (en termes de compétence visée)	Autorisées*

4 - Cette inaptitude me permet la pratique d'une activité adaptée ou aménagée proposée en classe de..... l'élève présente donc une **INAPTITUDE TOTALE** d'une durée de.....

5 - **DATE :**

**CACHET ET SIGNATURE :**

6 - S'il s'agit d'une **ÉVALUATION CERTIFICATIVE** (diplôme national du brevet, CAP, baccalauréat professionnel).

Compte tenu des informations précédentes et des textes régissant les épreuves adaptées ou aménagées de l'EPS aux examens, il est convenu que l'élève sera évalué(e) par M, Mme .....sur le groupement d'activités suivant :

1 :

2 :

3 :

Signature de l'élève :

Signature du professeur :