

CERTIFICAT MÉDICAL D'INAPTITUDE À LA PRATIQUE DE L'E.P.S ¹ À REMPLIR PAR LE MÉDECIN TRAITANT DE L'ÉLÈVE

Je soussigné-e, Docteur en médecine,

Lieu d'exercice :

Certifie avoir, examiné : Nom / Prénom

né-e le et constate ce jour, que son état de santé entraîne :

une inaptitude totale à l'E.P.S du au

La dispense d'épreuve est exceptionnelle. Seuls les handicaps ne permettant pas une pratique adaptée (c'est à dire une pratique régulière ou complète des enseignements de l'E.P.S) entraînent une dispense d'épreuves.

une inaptitude partielle à l'E.P.S (donnant lieu au contrôle adapté ponctuel) du au

Préciser si celle-ci est liée à des types de mouvements (amplitude, vitesse, charge, posture) ; à des types d'effort (musculaire, cardio-vasculaire, respiratoire) ; à la capacité à l'effort (intensité, durée) ou à des situations d'exercice et d'environnement (travail en hauteur, milieu aquatique, conditions atmosphériques) ; ou autre

Pour les élèves de Terminale, dans tous les cas, joindre un **certificat médical** détaillé à l'attention du médecin de l'éducation Nationale comportant, dans le respect du secret médical, des éléments diagnostics et de suivi relatifs à la pathologie présentée pour adapter la pratique de l'E.P.S aux possibilités de l'élève.

Date, **Signature et Cachet du médecin traitant**

AVIS DU MÉDECIN DE L'ÉDUCATION NATIONALE



Lycée Jean Perrin
Marseille

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