

Je, soussigné(e), docteur en médecine, certifie avoir examiné ce
jour l'élève, né(e) le en
classe de et avoir constaté que son état de santé entraîne :

Cocher et compléter les champs adéquats



Une APTITUDE PARTIELLE À LA PRATIQUE DE L'E.P.S.

Du au inclus.

Cette aptitude partielle nécessite une adaptation aux possibilités de l'élève.

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

- FONCTIONS :

marcher / courir / sauter / mettre la tête en bas / lancer / lever / porter

Précisions :

- TYPES D'EFFORTS :

intense et bref prolongé (durée limitée à :))

Arrêt ponctuel de l'activité dès signe : d'essoufflement / de fatigue / de douleur

Précisions :

- CONTEXTES PARTICULIERS :

milieu aquatique / altitude / en élévation / autre

Précisions :

- AMÉNAGEMENT(S) SOUHAITABLE(S)

Adaptation suivant conditions climatiques (pollution, froid sec,...)

Activités physiques permettant un allègement du corps : natation vélo autre(s)

Activités physiques avec déplacements limités et/ou dans l'axe

Activités physiques ne sollicitant pas certaines articulations (les citer) :

Adaptations pour troubles de l'équilibre, la coordination, la concentration, autre

Précisions :

Remarques pouvant aider l'enseignant d'E.P.S. à la mise en place d'activités adaptées :

.....
.....

Nombre de cases cochées en chiffre et en lettres :



Une INAPTITUDE TOTALE À LA PRATIQUE DE L'E.P.S.

(si aucune adaptation n'est possible)

Du au inclus.

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.

Les médecins de santé scolaire sont destinataires des certificats médicaux délivrés lorsqu'une inaptitude d'une durée supérieure à trois mois consécutifs ou cumulés est constatée

Fait à le Cachet et signature :



A compléter par le professeur d'EPS avant la visite chez le médecin

LES ACTIVITES PROPOSEES :

DANS LE CADRE DU COURS D'EPS EN CLASSE DE :

PERIODE	ACTIVITES	AVIS (oui/non)

Remarques éventuelles du médecin :

.....

.....

.....

DANS LE CADRE D'UN CRENEAU SPECIFIQUE D'ENSEIGNEMENT ADAPTE

PERIODE	ACTIVITES	AVIS (oui/non)

Remarques éventuelles du médecin :

.....

.....

.....

Visa enseignant :
le

Visa infirmière :
le

Visa vie scolaire :
le