Modèle de certificat médical pour candidat scolarisé ou non scolarisé, en référence au décret du 11-10-88 et à l'arrêté du 13-09-89

ACADÉMIE DE DIJON

CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE PARTIELLE (ou inaptitude totale)
À LA PRATIQUE DE L'ÉDUCATION PHYSIQUE ET SPORTIVE

La circulaire n° 2017-058 du 4-4-17 rappelle que seuls les handicaps ne permettant pas à l'intéressé une pratique adaptée entraînent une dispense d'épreuve. Le certificat est à transmettre dans les 48h qui suivent sa prescription.

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

❒ **<u>UNE APTITUDE PARTIELLE</u> à la pratique physique du ..... au ..... inclus**

▷ Indiquer **ce que l'élève PEUT FAIRE** dans le cadre d'une pratique physique : (Remplir le plus précisément possible ce certificat permettra aux enseignants d'EPS de pouvoir proposer un enseignement adapté (augmentation des temps de récupération, diminution de la quantité de travail, adaptation de l'espace de jeu…), favorisant ainsi l'intégration de l'élève dans le groupe et valorisant sa participation à l'EPS en toutes circonstances.)

❒ Marcher ❒ Courir ❒ Nager ❒ Sauter ❒ Porter ❒ Lever ❒ Lancer
❒ Grimper ❒ Lutter ❒ Se renverser sur les mains ❒ Tourner
Mobiliser les parties du corps suivantes : ❒ Bras ❒ Dos ❒ Tête ❒ Jambes
Précisions :……

▷ **Faire des efforts** :

❒ brefs et intenses ❒ modérés (durée limités à …….) ❒ de faible intensité
Arrêt ponctuel de l'activité au signe ❒ d'essoufflement ❒ de fatigue ❒de douleur
Précisions :……
…
……

▷ **Indiquer d'autres aménagements souhaitables** :

❒ Liés aux conditions climatiques ❒ Permettant un allègement du corps
❒ Limitant les déplacements et/ou changements de direction
❒ Ne sollicitant pas certaines articulations (précisez) :……..
Pour s'adapter à des troubles : ❒ de l'équilibre ❒ de la coordination ❒ de la concentration ❒ autre
Pour gérer ❒ le temps ❒ l'espace ❒ les consignes ❒ les interactions sociales
Précisions :……
…
……

<u>OU</u>

❒ **<u>UNE INAPTITUDE TOTALE</u> à la pratique physique du ..... au ..... inclus**

►À l'issue de cette période, l'élève sera considéré apte à la pratique de l'EPS.

Fait à ……, le …… Cachet et signature du médecin