

ANNEXE 2

(article 14 du règlement intérieur)

**CERTIFICAT MEDICAL D'INAPTITUDE A LA PRATIQUE
DE L'EDUCATION PHYSIQUE ET SPORTIVE**

Je soussigné(e), Docteur en médecine.....

Lieu d'exercice

Certifie avoir examiné l'élève :

NOM et prénom

Né(e) leClasse

Ai constaté ce jour que son état de santé entraîne :

 UNE INAPTITUDE PARTIELLE

du au

 UNE INAPTITUDE TOTALE

du au

En cas d'inaptitude partielle, pour permettre une adaptation de l'enseignement aux possibilités de l'élève, préciser en termes d'incapacités fonctionnelles si l'inaptitude est liée :

* à des types de mouvements (amplitude, vitesse, charge, posture...) :

.....

* à des types d'efforts (musculaire, cardiovasculaire, respiratoire...) :

.....

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

.....

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

.....

* autres :

Fait àLe Signature et cachet du Médecin