

Ce document sera remis **en main propre** par l'élève concerné  
à l'infirmière du Lycée AMPERE

## **CERTIFICAT MEDICAL D'INAPTITUDE A LA PRATIQUE DE L'EDUCATION PHYSIQUE ET SPORTIVE <sup>1</sup>**

**Je, soussigné(e), .....docteur en médecine  
exerçant à ..... certifie avoir, en application du décret n° 88-977  
du 11 octobre 1988, examiné**

**L ' ELEVE ..... CLASSE :.....**

**Etablissement : ..... VILLE : .....**

**né(e) le.....**

**et constaté ce jour que son état de santé entraîne**

**une INAPTITUDE PARTIELLE**

**du ..... au .....**

**Dans ce cas, 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 ...) :**

.....

**- des types d'efforts (musculaire, cardio-vasculaire, respiratoire) :**

.....

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

.....

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

.....

**- etc.**

.....

**une INAPTITUDE TOTALE<sup>2</sup>**

**du..... au ..... <sup>3</sup>**

**Fait à ..... le.....**

**Signature et cachet du médecin :**

<sup>1</sup> Le médecin de santé scolaire sera destinataire de tout certificat médical d'inaptitude d'une durée supérieure à trois mois.

<sup>2</sup> En cas d'inaptitude totale, le certificat peut être établi sur papier à en-tête du médecin.

<sup>3</sup> En cas de non production d'un nouveau certificat, l'élève sera considéré apte à la reprise de la pratique de l'EPS.