

CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE PARTIELLE A LA PRATIQUE DE L'EDUCATION PHYSIQUE ET SPORTIVE

Une aptitude partielle à la pratique de l'EPS

Cette aptitude partielle nécessite une adaptation aux possibilités de l'élève selon les modalités suivantes :

Fonctions	Aptitude partielle			Intensité de l'effort		
	Possible	Possible mais réalisable avec difficulté	contre indiqué	intense	modéré	de faible intensité
La marche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La course	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le saut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le lancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le lever-porter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La natation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'escalade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les sports de combat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total des cases cochées						

Une INAPTITUDE TOTALE TEMPORAIRE À LA PRATIQUE PHYSIQUE

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 :**

*Compte tenu des conséquences que cela peut avoir, en particulier pour les candidats à un examen, il est rappelé que tout ajout, surcharge, ou rature ainsi que l'absence du tampon et de la signature identifiant clairement le médecin prescripteur rendra ce **certificat irrecevable.***

Remis ou reçu le _____ de la part de _____

Le professeur d'E.P.S vérifie la conformité du certificat médical et le refuse s'il est incomplet ou irrecevable

Professeur d'E.P.S

Nom :

Date :

Visa :