

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

Je soussigné, Docteur en Médecine :

Exerçant à :

Certifie, en application du décret n°88-977 du 11 octobre 1988, avoir examiné l'étudiant :

Nom : Prénom : Né le :

Et constaté ce jour que son état de santé entraîne :

UNE INAPTITUDE ou UNE SITUATION DE HANDICAP Du / /

Au / /

Afin de permettre une adaptation de l'enseignement aux possibilités de l'étudiant, préciser en termes de capacités fonctionnelles ce qu'il peut faire, ainsi que les types d'efforts autorisé et/ou déconseillés. Il vous est possible de joindre un courrier ou tout document précisant les possibles.

Mouvements essentiels			Types d'efforts			Types de situation		
	Oui	Non		Oui	Non		Oui	Non
Marcher			Long et modéré			Activité aquatique		
Courir			Intense et bref			Activité en hauteur		
Sauter						En fonction des conditions climatiques particulières		
Lancer			<u>Commentaires éventuels</u> :					
S'accroupir								
Déplacements latéraux								
Lever, porter								
Rotations								
Autres								

Fait à :

Signature et cachet du médecin

Le :