

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

Modèle de certificat médical à usage scolaire et pour candidat isolé, en référence au décret du 11-10-88 et à l'arrêté du 13-09-89
Remplir le plus précisément possible ce certificat permettra aux enseignants d'EPS de pouvoir proposer un ou des exercices adaptés en fonction des capacités citées (exemples : augmentation des temps de récupération, diminution de la quantité ou de la charge de travail, adaptation des conditions humaines, matérielles, spatiales ou temporelles de l'activité, modification du barème, activités de substitution,...).

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

❖ UNE APTITUDE PARTIELLE A LA PRATIQUE DE L'EPS

Du _____ au _____ inclus. Cette aptitude partielle nécessite une adaptation aux possibilités de l'élève.

Indiquer ce que l'élève PEUT FAIRE dans le cadre d'une pratique physique :

<u>FONCTIONS possibles:</u>	<u>TYPES D'EFFORTS possibles:</u>	<u>CONTEXTES d'activités PARTICULIERS :</u>	<u>AUTRE(S) AMENAGEMENT(S) SOUHAITABLE(S) :</u>
<input type="checkbox"/> marcher	<input type="checkbox"/> Intense et bref	<input type="checkbox"/> Milieu aquatique	<input type="checkbox"/> Adaptations suivant conditions climatiques (pollution, froid sec...)
<input type="checkbox"/> courir	<input type="checkbox"/> effort prolongé (limité à ...)	<input type="checkbox"/> altitude	<input type="checkbox"/> activités physiques permettant un allègement du corps (natation, vélo...)
<input type="checkbox"/> sauter	<input type="checkbox"/> de faible intensité	<input type="checkbox"/> travail en hauteur (escalade)	<input type="checkbox"/> activités physiques avec déplacements limités (tennis de table, terrain réduit...)
<input type="checkbox"/> nager	<input type="checkbox"/> arrêt ponctuel de l'activité dès signes : <input type="checkbox"/> d'essoufflement <input type="checkbox"/> de fatigue <input type="checkbox"/> de douleur	<input type="checkbox"/> activités de contact	<input type="checkbox"/> activités physiques ne sollicitant pas certaines articulations (les citer) :
<input type="checkbox"/> lancer			
<input type="checkbox"/> porter			
<input type="checkbox"/> lever			
<input type="checkbox"/> mettre la tête en bas			
<small>TOTAL DE CASES COCHÉES</small>	<small>TOTAL DE CASES COCHÉES</small>	<small>TOTAL DE CASES COCHÉES</small>	<small>TOTAL DE CASES COCHÉES</small>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Remarques ou précisions pouvant aider l'enseignant d'EPS à la mise en place d'activités adaptées :

OU

❖ UNE INAPTITUDE TOTALE TEMPORAIRE A 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'EPS.

Fait à _____ le _____ CACHET et SIGNATURE du médecin :