

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

Conforme à l'annexe de l'arrêté du 13 septembre 1989 J.O. du 21 septembre 1989

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

Lieu d'exercice.....

Certifie avoir, en application du code de l'éducation (art D312-1), examiné l'élève :

Nom et Prénom : .....

Né(e) le .....

Et constaté à ce jour que son état de santé entraîne :

une **INAPTITUDE PARTIELLE** du.....au.....inclus.

une **INAPTITUDE TOTALE** du.....au.....inclus.

**Informations permettant l'adaptation des contenus d'enseignement en EPS aux possibilités de l'élève**

ACTIVITES PROPOSEES EN EPS	AVIS FAVORABLE	AVIS DEFAVORABLE	ADAPTATIONS RECOMMANDEES
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

AUTRES ACTIVITES POSSIBLES	OBSERVATIONS

**Date, signature et cachet du médecin**