

CERTIFICAT MEDICAL

INAPTITUDE MEDICALE A LA PRATIQUE DE L'EDUCATION PHYSIQUE ET SPORTIVE

Je soussigné,docteur en médecine,

Lieu d'exercice : certifie avoir examiné l'élève :

NOM, prénom :

Né(e) le :

Examen :

- ☐ BACCALAUREAT PROFESSIONNEL
- ☐ BACCALAUREAT TECHNOLOGIQUE
- ☐ BACCALAUREAT GENERAL
- ☐ BREVET METIERS D'ART
- ☐ CERTIFICAT D'APTITUDE PROFESSIONNELLE
- ☐ BREVET D'ETUDES PROFESSIONNELLES

Et constaté, ce jour, que son état de santé entraîne une INAPTITUDE (1):

TOTALE du au

Ou

PARTIELLE du au

En cas d'inaptitude partielle, préciser en termes d'incapacités fonctionnelles si l'inaptitude est liée :

- à des types de mouvements (amplitude, vitesse, charge, posture....)
- à des types d'efforts (musculaire, cardio-vasculaire, respiratoire...)
- à la capacité à l'effort (intensité, durée.....)
- autre(s) :

Date, signature et cachet du médecin

1) rayer la mention inutile