



Région académique
PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR

CERTIFICAT MÉDICAL D'APTITUDE PARTIELLE À LA PRATIQUE DE L'ÉDUCATION PHYSIQUE ET SPORTIVE

En référence à l'arrêté du 13-09-89

Je, soussigné,, docteur en médecine, certifie avoir examiné ce jour

L'élève : Né(e) le : Classe :

et avoir constaté que son état de santé entraîne une :

APTITUDE PARTIELLE A LA PRATIQUE DE L'EPS : Du au inclus

> Préciser les articulations ou zones corporelles à préserver :

Cette aptitude partielle nécessite une adaptation des cours d'EPS aux possibilités de l'élève

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

► **TYPES D' ACTIONS :**

| | | | | | | | | |
|---------|--------|-------|--------|---------|--------|--------|--------------|-------|
| Marcher | Courir | Nager | Sauter | Grimper | Porter | Lancer | Se renverser | |
| | | | | | | | | |

► **INTENSITE DES EFFORTS :** Faible Modérée Forte

► **DUREE DES EFFORTS :** Courte Limitée Prolongée

► **CONTEXTES DE PRATIQUE A EVITER :** Milieu aquatique Conditions climatiques/atmosphériques

Allergies : Autre :

► **PRECISIONS SUPPLEMENTAIRES :**

INAPTITUDE TOTALE TEMPORAIRE A LA PRATIQUE PHYSIQUE : Du au inclus

> Indiquer ce que l'élève **PEUT FAIRE** en l'absence de pratique physique possible :

Arbitrer Juger Observer Conseiller autre(s) :

> Indiquer si l'élève **PEUT PRATIQUER** les activités suivantes (avec ou sans adaptation) :

| APSA | Contre indiquée | Aménagée | APSA | Contre indiquée | Aménagée |
|------|-----------------|----------|------|-----------------|----------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

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

Nombre de cases
cochées en chiffre :

Fait à, le

Cachet et signature :

Remis le : À (Nom du professeur d'EPS) :

Signature de l'élève :

Signature du professeur d'EPS :