

(Fiche n°6)
Certificat médical d'inaptitude à la pratique de l'EPS
(JO du 21.09.1989 - arrêté du 13.11.1989)

(DOCUMENT À CONSERVER PAR LA FAMILLE JUSQU'À UTILISATION EN CAS DE BESOIN)

Je soussigné, docteur en médecine,

certifie avoir examiné l'élève (nom-prénom) :

né(e) le :

Je constate ce jour que son état de santé entraîne* :

☐ **une inaptitude totale**

- définitive*
- temporaire*

durée :

☐ **une inaptitude partielle**

- définitive*
- temporaire*

durée :

** rayer la mention inutile*

liée à : (à préciser)

- des types de mouvements (amplitude, vitesse, charge, posture, etc)
- des types d'effort (musculaire, cardiovasculaire, respiratoire, etc)
- la capacité d'effort (intensité, durée, etc)
- des situations d'exercice et d'environnement (travail en hauteur, milieu aquatique, conditions atmosphériques, etc)

Cachet du médecin :

Date :

Signature :