

(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 :