

**CERTIFICAT MÉDICAL**  
RELATIF À LA PRATIQUE DE L'ÉDUCATION PHYSIQUE ET SPORTIVE  
**L'EPS est un enseignement obligatoire pour tous les élèves.**

Je, soussigné(e) ....., docteur en médecine, certifie avoir examiné ce  
jour l'élève ....., né(e) le ..... en  
classe de ..... et avoir constaté que son état de santé entraîne :

Cocher  et compléter les champs adéquats



**Une APTITUDE PARTIELLE À LA PRATIQUE DE L'E.P.S.**

Du ..... au ..... inclus.

Cette aptitude partielle nécessite une adaptation aux possibilités de l'élève.

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

**- FONCTIONS :**

marcher /  courir /  nager /  sauter /  mettre la tête en bas /  lancer /  lever /  porter

Précisions : .....

**- TYPES D'EFFORTS :**

intense et bref     prolongé (durée limitée à : .....)

Arrêt ponctuel de l'activité dès signe :  d'essoufflement /  de fatigue /  de douleur

Précisions : .....

**- CONTEXTES PARTICULIERS :**

milieu aquatique /  altitude /  en élévation /  autre

Précisions : .....

**- AMÉNAGEMENT(S) SOUHAITABLE(S)**

Adaptation suivant conditions climatiques (pollution, froid sec,...)

Activités physiques permettant un allègement du corps :  natation  vélo  autre(s)

Activités physiques avec déplacements limités et/ou dans l'axe

Activités physiques ne sollicitant pas certaines articulations (les citer) :

Adaptations pour troubles de  l'équilibre,  la coordination,  la concentration,  autre

Précisions : .....

**Remarques pouvant aider l'enseignant d'E.P.S. à la mise en place d'activités adaptées :**

.....  
.....

Nombre de cases cochées en chiffre et en lettres :  .....



**Une INAPTITUDE TOTALE À LA PRATIQUE DE L'E.P.S.**

(si aucune adaptation n'est possible)

Du ..... au ..... inclus.

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.

Les médecins de santé scolaire sont destinataires des certificats médicaux délivrés lorsqu'une inaptitude d'une durée supérieure à trois mois consécutifs ou cumulés est constatée

Fait à ..... le ..... Cachet et signature :



Région académique  
NOUVELLE-AQUITAINE

*A compléter par le professeur d'EPS avant la visite chez le médecin*

**LES ACTIVITES PROPOSEES :**

**DANS LE CADRE DU COURS D'EPS EN CLASSE DE : .....**

PERIODE	ACTIVITES	AVIS (oui/non)

Remarques éventuelles du médecin : .....

.....

.....

.....

**DANS LE CADRE D'UN CRENEAU SPECIFIQUE D'ENSEIGNEMENT ADAPTE**

PERIODE	ACTIVITES	AVIS (oui/non)

Remarques éventuelles du médecin : .....

.....

.....

.....