

**Certificat Médical d'inaptitude**  
**A la pratique de l'éducation physique et sportive (1)**  
**EVALUATION C.C.F.**

Je soussigné(e) .....

Docteur en médecine à : .....

Certifie avoir examiné :

NOM : ..... Prénom : .....

Né(e) le : .....

Etablissement scolaire : .....

Candidat en série : .....

**Et constaté ce jour, que son état de santé entraîne :**

**Une INAPTITUDE**

**PARTIELLE \***

**TOTALE\***

- *Rayer la mention inutile*

Du : ... ..

*Si dispense à l'année, précisez du 01/09/2018 au 06/07/2019.*

(2)

En cas d'inaptitude partielle, pour permettre une adaptation de l'enseignement aux possibilités de l'élève, préciser en termes d'incapacités fonctionnelles, si l'inaptitude est liée :

à des types de mouvements (amplitude, vitesse, charge, posture ...)

à des types d'effort (musculaire, cardio-vasculaire, respiratoire ...)

à la capacité à l'effort (intensité, durée ...)

à des situations d'exercice et d'environnement (travail en hauteur, milieu aquatique, conditions atmosphériques)

Signature et cachet du médecin

Fait à : ..... le .....

- 1) Quelle que soit la durée de l'inaptitude, le médecin traitant a toute latitude pour faire connaître, sous pli confidentiel, son diagnostic au médecin de santé scolaire dont le nom pourra lui être communiqué par le chef d'établissement.
- 2) En cas de non production d'un certificat, l'élève sera considéré à la reprise de la pratique de IEPS.