



CERTIFICAT MEDICAL

INAPTITUDE MEDICALE AU PROGRAMME DE LA CLASSE



Madame, Monsieur,

L'Education Physique scolaire obligatoire, se doit d'être accessible à tous les élèves quels que soient leurs problèmes de santé. *C'est la raison pour laquelle les derniers textes officiels du M.E.N demandent à chaque établissement de proposer un enseignement adapté à ces jeunes.*

Les objectifs de l'Education Physique sont :

- l'Entretien et la gestion du potentiel physique de l'élève
- l'Intégration de tous les élèves quelles que soient leurs inaptitudes

Le programme de ces activités physiques a été construit sur une motricité de base qui valorise la notion de projet plus que celle de performance.

C'est dans ce cadre là que notre établissement propose les ACTIVITES PHYSIQUES ADAPTEES suivantes :

.....

.....

.....

.....

Avec votre aide, des adaptations restent toujours possibles et peuvent être traitées au cas par cas. En vous remerciant à l'avance de prendre en compte cette évolution, recevez, madame, monsieur l'expression de nos sentiments les plus respectueux.

La commission académique des examens EPS

Rectorat
31, rue de l'Université
34064 Montpellier
cedex 2

Téléphone
04 67 91 47 00
www.ac-montpellier.fr

Je soussigné,.....docteur en médecine,

Lieu d'exercice :.....certifie avoir, en application du décret n° 88-977 du 11 octobre 1988, examiné l'élève :

NOM, prénom :.....

Né(e) le :.....classe de :.....

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

- **TOTALE**.....**du**.....**au**.....

- **PARTIELLE et donc APTE à SUIVRE LES ACTIVITES PHYSIQUES ADAPTEES SUIVANTES :**

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'efforts (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.....)
- Autre(s) :

Date , signature et cachet du médecin