



**CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE PARTIELLE (ou inaptitude totale)  
À LA PRATIQUE DE L'ÉDUCATION PHYSIQUE ET SPORTIVE**

La circulaire n° 2017-058 du 4-4-17 rappelle que seuls les handicaps ne permettant pas à l'intéressé une pratique adaptée entraînent une dispense d'épreuve. Le certificat est à transmettre dans les 48h qui suivent sa prescription.

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

**UNE APTITUDE PARTIELLE** à la pratique physique du ..... au ..... inclus

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

(Remplir le plus précisément possible ce certificat permettra aux enseignants d'EPS de pouvoir proposer un enseignement adapté (augmentation des temps de récupération, diminution de la quantité de travail, adaptation de l'espace de jeu...), favorisant ainsi l'intégration de l'élève dans le groupe et valorisant sa participation à l'EPS en toutes circonstances.)

Marcher     Courir     Nager     Sauter     Porter     Lever     Lancer  
 Grimper     Lutter     Se renverser sur les mains     Tourner  
Mobiliser les parties du corps suivantes :     Bras     Dos     Tête     Jambes  
Précisions : .....

▷ **Faire des efforts :**

brefs et intenses     modérés (durée limitée à .....)  
**Arrêt ponctuel de l'activité au signe**     d'essoufflement     de fatigue     de faible intensité     de douleur  
Précisions : .....  
...  
.....

▷ **Indiquer d'autres aménagements souhaitables :**

Liés aux conditions climatiques     Permettant un allègement du corps  
 Limitant les déplacements et/ou changements de direction  
 Ne sollicitant pas certaines articulations (précisez) : .....  
**Pour s'adapter à des troubles :**  de l'équilibre     de la coordination     de la concentration     autre  
**Pour gérer**     le temps     l'espace     les consignes     les interactions sociales  
Précisions : .....  
...  
.....

**OU**

**UNE INAPTITUDE TOTALE** à la pratique physique du ..... au ..... inclus

▶ À l'issue de cette période, l'élève sera considéré apte à la pratique de l'EPS.

Fait à ....., le .....

Cachet et signature du médecin